# QUELQUES RÉFLEXIONS PRATIQUES SUR VINGT OBSERVATIONS DE FRACTURES RECUEILLIES A L'HOTEL-DIEU DE MARSEILLE.



## Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 9 DÉCEMBRE 1840;

PAR
LOUIS SERRIER,
de Marseille (Bouches-du-Rhône);

*Ex-Chirurgien interne à l'Hôtel-Dieu de Marseille, et Chef de clinique médicale près l'École secondaire de Médecine de la même ville, Chirurgien Sous-Aide-Major auxiliaire à l'Hôpital militaire de Toulon.*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.



MONTPELLIER,
VEUVE RICARD, NÉE GRAND, IMPRIMEUR, PLACE D'ENCIVADE.
1840.

## A mon Père,

## MICHEL SERRIER,

Ex-Médecin en chef à l'Hôtel-Dieu de Marseille, Professeur de matière médicale et de thérapeutique à l'École secondaire de Médecine de la même ville.

*Vous n'avez cessé, depuis ma plus tendre enfance, de faire pour moi des sacrifices, même au-dessus de votre position ; recevez-en aujourd'hui le remercîment solennel. Vous m'avez inspiré le goût de la carrière pénible que j'ai embrassée, puissé-je vous imiter en la parcourant, et vous rendre bientôt heureux par mes succès ! C'est là le vœu de tous mes instants*

## A MA MÈRE.

*Amour et dévouement qui ne finiront qu'avec moi.*

L. SERRIER.

# Avant-Propos.

Placé pendant trois ans en qualité d'interne et un an comme chef de clinique dans l'Hôtel-Dieu d'une des plus grandes villes de France, j'ai vu passer sous mes yeux un grand nombre de faits que je me suis empressé de recueillir avec le plus de soin qu'il m'a été possible, et j'ai pu me convaincre que l'observation était le seul jalon qui conduisît le médecin à des résultats progressifs. C'est ce seul motif qui m'a engagé aujourd'hui à présenter à mes juges une vingtaine d'observations de fractures, dont quelques-unes sont assez intéressantes, et peuvent donner lieu à des discussions sur les plus beaux points de l'art chirurgical: la phlébite, les abcès viscéraux, le délire nerveux; faisant suivre chaque observation des réflexions qu'elle m'aura suggérées. Je leur présenterai un cas de frac-

ture d'un condyle fémoral, avec fracture presque verticale de l'os, allant se perdre à cinq pouces à la face interne du fémur ; sans lésion des parties molles.

J'avais préparé il y a quelque temps une thèse que j'avais intitulée : *opuscule clinique, ou choix d'observations recueillies à l'Hôtel-Dieu de Marseille*. Dans cette thèse se trouvaient deux observations de ligature de crurale, une observation de ligature de la carotide primitive pour un cas de fongus hématodes du sinus maxillaire, et une observation de lithotritie avec extraction, à la quatrième séance, d'une lanière de cuir longue de huit pouces, et large d'une ligne et demie ; mais j'ai cru qu'on pourrait reprocher à mon travail le manque d'unité, et je m'en suis tenu à une série d'observations de même nature, sauf à parler des premières si l'occasion s'en présentait dans la discussion.

Je suis persuadé d'avance de la bienveillance de mes juges ; ils m'en ont convaincu dans les épreuves antérieures qu'ils m'ont fait subir : j'y compte encore aujourd'hui, et c'est la seule raison qui m'engage à aborder avec confiance un des sujets les plus beaux, les plus scabreux de la chirurgie.



QUELQUES RÉFLEXIONS PRATIQUES

SUR

# VINGT OBSERVATIONS DE FRACTURES

RECUEILLIES

## A L'HOTEL-DIEU DE MARSEILLE.

La fracture ou solution de continuité d'un os, lorsqu'elle est simple, qu'elle n'attaque pas les extrémités articulaires, que l'individu qui la porte est dans un bon état physiologique, est une affection qui guérit aussi facilement qu'une plaie simple des parties molles, sauf la seule modification qu'apporte dans la longueur du traitement la nature du tissu osseux.

On voit tous les jours, dans les hôpitaux, arriver des malades porteurs

de fractures simples à la suite de coups, de chutes; on place leur membre dans un appareil contentif; on combat quelques accidents inflammatoires qui, dans quelques cas, surviennent au début de la maladie, et, avec un peu de soin, ils sortent guéris après trente, quarante, cinquante jours de repos. Ce temps est même plus court chez les jeunes sujets : j'ai vu un enfant de six ans marcher parfaitement, vingt jours après une fracture complète au tiers supérieur de la jambe droite.

Six observations, les plus simples que j'ai été à même de recueillir, appuieront ce que j'avance.

**Fracture simple du tibia droit. Appareil amidonné. — Guérison.**

Allauch (Jean), âgé de 4 ans, reçoit, le 16 Janvier 1839, un violent coup de pied à la région antérieure de la jambe droite : à la suite de ce coup de pied, fracture à la partie moyenne du tibia droit; on applique un appareil contentif qui recouvre un cataplasme émollient; le soir, on pratique une saignée de 360 grammes.

L'appareil contentif est gardé 12 jours; après ce temps, le gonflement étant dissipé, on applique un appareil amidonné que le malade garde jusqu'au 24 Février, époque à laquelle tout est consolidé.

**Fracture du tibia droit. Application de l'appareil contentif. — Guérison dans 42 jours.**

Legendre, âgé de 24 ans, matelot, a, dans la journée du 18 Janvier 1839, la jambe droite prise entre une barrique et le sol; il est transporté de suite à l'Hôtel-Dieu, et on reconnaît une fracture oblique de bas en haut, et d'avant en arrière, siégeant à la partie moyenne du tibia : on applique de suite un appareil contentif. On pratique le soir une saignée de 360 grammes, et, pendant les premiers jours, des irrigations d'alcool camphré sont faites sur la partie. Aucun accident ne se manifeste, et le 2 Mai, à la levée de l'appareil, tout est parfaitement consolidé.

### Fracture complète de la jambe droite.

Le 28 Janvier 1839, Gobet (Charles), âgé de 6 ans, reçoit une planche à la partie antérieure de la jambe droite ; il entre à l'Hôtel-Dieu, à trois heures de l'après-midi, et on reconnaît une fracture complète du membre à la réunion de son tiers supérieur avec ses deux tiers inférieurs ; on applique un simple appareil contentif, et on appuie le membre sur un plan incliné. Le petit malade est très-docile ; il ne se présente aucun accident pendant son séjour au lit, et le 18 Février, à la levée de l'appareil, 20 *jours seulement* après son entrée à l'hôpital, la consolidation est parfaite.

### Fracture simple du tibia gauche. Appareil contentif.

Casiesi (Vincent), âgé de 49 ans, matelot, se fait, le 2 Janvier 1839, une fracture à la partie moyenne de la jambe gauche : un appareil contentif est appliqué ; il le garde jusqu'au 10 Janvier où il est transporté à l'hôpital. Le malade n'a présenté aucune espèce d'accident ; on renouvelle son appareil qu'il garde jusqu'au 16 Février où la consolidation est parfaite.

### Fracture simple du cubitus droit. Appareil simple. — Guérison.

Lamonieu (Vincent), âgé de 37 ans, pêcheur, reçoit, le 26 Février 1839, un coup de barre de bois sur le bord cubital de l'avant-bras droit ; depuis ce jour, il ne peut plus se servir de son membre et y ressent de fortes douleurs, ce qui le force à entrer à l'Hôtel-Dieu le 2 Mars ; à cette époque, les mouvements de pronation et de supination sont gênés ; légère convexité à la partie moyenne de la face dorsale de l'avant-bras, crépitation en ce point jusqu'au 4 Mars : bandage de Scultet, application des émollients. Le 4, application de l'ap-

pareil ordinaire des fractures de l'avant-bras ; il se lève : tout marche bien jusqu'à la guérison qui a lieu 40 jours après l'accident.

### Fracture du péroné. Diastasis.

Grognard ( Antoine ), âgé de 58 ans, cordonnier, descendait, dans l'après-midi du 12 Février 1839, un chemin en pente ; il pose, sans s'en apercevoir, son pied droit sur une pierre ronde ; celui-ci se dévie en dehors ; le malade entend un craquement et éprouve de suite une vive douleur à l'extrémité inférieure de la jambe droite ; il lui est impossible de se rendre chez lui, il se fait transporter à l'Hôtel-Dieu.

Les environs de l'articulation tibio-tarsienne sont le siége d'un gonflement très-considérable. La malléole interne forme en dedans une sorte de saillie, l'externe est déprimée à 40 millimètres ; au-dessus d'elle se voit un enfoncement, un vrai *coup de hache*, et dans ce point se fait sentir une crépitation manifeste ; la face dorsale du pied est déviée en dedans, la palmaire en dehors, le bord externe en haut, l'interne en bas. Le malade n'accuse de douleur que quand on veut remettre le membre à sa rectitude naturelle. ( *Diète, limonade ; application de l'attelle de Dupuytren. Lotions résolutives sur le lieu de la fracture.* )

Le 14, mêmes topiques ; Grognard obtient deux soupes ; on lui pratique cependant une saignée de précaution.

Le 16, disparition de la chaleur et du gonflement du membre.

Rien de nouveau jusqu'au 4 Mars.

Le 4 Mars, on visite l'appareil ; l'abduction du pied a cessé. En promenant le doigt tout le long du péroné, on ne sent plus le lieu de la fracture. ( *Réapplication de l'attelle de Dupuytren.* )

Le trentième jour, à l'enlèvement de l'appareil, on reconnaît à l'écartement des deux malléoles, et au rapprochement qui les rend susceptibles, un diastasis. On applique une bande fortement serrée autour de l'articulation tibio-tarsienne. Grognard se livre de jour en jour et de mieux en mieux à la progression : il sort de l'Hôtel-Dieu guéri le 31 Mars 1839.

Comme on le voit par ces observations, aucun accident ne s'est manifesté, et le traitement a été très-simple; le meilleur est je crois le suivant : réduire la fracture dès l'arrivée du malade, entourer de suite son membre d'un appareil contentif arrosé d'une liqueur résolutive quelconque; être attentif pour combattre par une ou deux saignées, s'il le faut, les accidents de réaction qui pourraient se manifester ; et, le dixième ou douzième jour, lorsque tout gonflement a disparu, et qu'on est presque sûr qu'il n'en surviendra plus, appliquer un appareil inamovible amidonné qui sera gardé jusqu'à la fin du traitement.

S'il y avait plaie plus ou moins forte aux parties molles, je crois qu'il serait plus sage de se contenter d'un appareil contentif pendant toute la durée du traitement, parce que, malgré tout ce qu'en disent les auteurs, on est plus à son aise quand il s'agit de faire un pansement avec un appareil dont on peut défaire à volonté toutes les pièces, que lorsque le membre est enfermé dans un appareil amidonné qui peut cacher des fusées purulentes et autres accidents aussi graves.

D'ailleurs, un appareil contentif une fois exactement appliqué, peut être rendu inamovible par la diminution de la fréquence des pansements, selon la volonté du chirurgien. J'ai été chargé de panser, il y a un an, un homme atteint d'une fracture oblique du tibia avec issue du fragment supérieur à travers la peau : après les premiers accidents, le chirurgien ne m'ordonnait de le panser que tous les huit ou dix jours, si bien que, quand on passait près de son lit, on sentait une odeur repoussante et insupportable occasionnée par la suppuration. Il est sorti guéri de l'Hôtel-Dieu après deux mois et demi de traitement.

J'ai dit qu'il ne fallait appliquer l'appareil amidonné que dix ou douze jours après la fracture, car on serait exposé à des accidents très-graves que les auteurs n'ont pas manqué de signaler : l'étranglement, la gangrène par continuation du gonflement, auxquels accidents on est sûr de ne pas être exposé en se conduisant comme je l'ai indiqué.

Un homme entre à la clinique chirurgicale avec une fracture simple de la jambe gauche : les parties molles sont le siége d'un gonflement assez considérable; les environs de la fracture sont ecchymosés. On ap-

plique quelques résolutifs, et, le quatrième jour, on enferme le membre dans un appareil amidonné ; le soir, le malade a de la fièvre ; il se plaint que son bandage est un peu serré ; on ne l'écoute pas croyant que ses plaintes sont exagérées. Le lendemain, mêmes plaintes. Enfin, le troisième jour, on est frappé d'une odeur de sphacèle qu'exhale ce malheureux ; on coupe son appareil, et on trouve toute la peau de la région jambière antérieure sphacélée. Les fragments de la fracture baignent dans une matière ichoreuse et fétide, et, huit ou dix jours après, le malade avait succombé à l'abondance de la suppuration.

Mais les fractures ne s'offrent pas toujours à l'état de simplicité. L'os peut être broyé, ainsi que les parties molles qui l'entourent, avec ou sans lésion de la peau. Quelquefois elles sont compliquées d'hémorrhagies, et le même membre offre quatre ou cinq fractures. Alors les indications deviennent à la fois plus sérieuses et plus difficiles. En voici un exemple.

**Écrasement complet des deux os de la jambe droite. Fracture double du fémur du même côté avec plaie aux téguments. Emploi de l'irrigation continue, et de l'appareil inamovible.— Guérison parfaite.**

Peindrier (Jean-Baptiste), âgé de 37 ans, va travailler, le 10 Mars 1838, en qualité de charpentier, sur le bateau à vapeur le *Minos*, stationné dans le port de Marseille. Il reçoit au milieu d'une manœuvre, sur la jambe et la cuisse droite, une pièce de fer dont l'équipage évalue le poids à plusieurs quintaux. Ce poids énorme effleure aussi la tête ; Peindrier tombe subitement privé de connaissance, et c'est dans cet état qu'on le transporte à l'Hôtel-Dieu immédiatement après l'accident.

A son arrivée à l'Hôtel-Dieu, il est revenu à lui, et nous offre les symptômes suivants : légères excoriations du côté droit de la tête, tronc et membres supérieurs exempts de toute lésion.

Fracture comminutive à la partie moyenne de la jambe droite qui est courbée à angle obtus ouvert en dehors ; fluctuation évidente à cet endroit ; tuméfaction considérable et couleur livide de la peau, qui

d'ailleurs ne présente aucune solution de continuité. On soupçonne la rupture d'un vaisseau volumineux.

L'articulation du genou est à l'état normal.

Fracture au quart inférieur du fémur droit sans déplacement.

Fracture à la partie moyenne du même os. Déplacement du fragment supérieur qui se porte en haut et en avant, ce qui fait que la cuisse présente une courbure très-prononcée à convexité antérieure et à concavité postérieure.

Il existe à la partie moyenne et postérieure de la cuisse une légère solution de continuité qui a donné issue, pendant les premières heures après l'accident, à une quantité assez considérable de sang qui paraissait artériel.

Ces désordres étaient, pour la plupart des assistants, une indication pressante d'amputation ; MM. Cauvière, Reymonet, chirurgiens en chef de l'établissement, ainsi que M. Thomas, chirurgien-chef interne, se réunirent en consultation, et voici en peu de mots le sommaire de ce qui fut décidé par eux.

*Les accidents sont très-graves, mais le malade est jeune, vigoureux ; sa constitution, aidée de l'application d'un appareil à irrigation permanente, pourront peut-être lui permettre de résister aux accidents primitifs. Il faut temporiser ; on sera toujours à temps de pratiquer plus tard l'amputation.*

D'après cette décision, on applique de suite un appareil contentif simple qui embrasse la jambe et la cuisse, et l'on place le tout sous un appareil à irrigation permanente ; on laisse ce malade à la diète, et on lui donne de la limonade pour boisson.

A huit heures du soir, la réaction est faible ; il ne se manifeste aucun retentissement dans les autres organes. ( *Saignée de précaution de* 360 *grammes.* )

Le 11, continuation de l'irrigation : état très-satisfaisant ; le malade ne se plaint de rien.

Les 12, 13, 14, même état, mêmes moyens.

Le 14, le malade éprouve, la nuit, des douleurs qui paraissent tenir à la mauvaise position du membre.

Le 15 au matin, les douleurs ont cessé ; l'appareil est déjà souillé de pus. L'état général est si satisfaisant, qu'on permet à Peindrier trois soupes maigres.

Le 22, on change l'appareil, et on s'aperçoit que tout est dans le meilleur état possible : le pus qui souillait l'appareil avait été produit par des excoriations que ce dernier avait faites à la peau. On continue l'irrigation.

Les 28, 29 et 30 Mars, on suspend l'irrigation trois ou quatre heures par jour, pour qu'une suppression trop brusque ne donne pas lieu à une réaction qui aurait pu être redoutable, et, le 30 Mars au soir, on applique un vaste et fort appareil amidonné qui fait de la jambe et de la cuisse une seule pièce solide permettant au malade de se mouvoir dans son lit, ce qui le soulage beaucoup.

Le 16 Avril, Peindrier se lève et marche soutenu par deux infirmiers ; il n'est gêné que par le poids de son appareil.

Les premiers jours de Mai, on enlève l'appareil amidonné, et on applique seulement autour du membre une longue bande roulée. Le mieux se soutient ; le malade se promène régulièrement chaque jour deux ou trois heures avec des béquilles. Les symptômes morbides disparaissent, les mouvements de flexion et d'extension reviennent peu à peu dans l'articulation tibio-fémorale engourdie par le long repos qu'elle avait été obligée de garder, et Peindrier sort de l'Hôtel-Dieu, n'emportant avec lui qu'une claudication presque imperceptible, le 1er Août 1838.

Voilà, sans doute, une fracture très-grave, puisqu'il s'est agi d'abord de pratiquer l'amputation immédiate, amputation qu'on aurait été obligé de faire, si cet accident fût arrivé à Peindrier sur le champ de bataille, par exemple, où l'on ne peut appliquer que des appareils contentifs grossièrement faits, où l'on est obligé de transporter les blessés sur des charriots mal suspendus. Qu'on se figure, en effet, le membre dont nous venons de parler ballotté par le cahotement, les pointes osseuses piquant les parties molles, l'hémorrhagie continuant, le moral du malade profondément affecté par ses souffrances et par les cris de ses frères d'armes couchés à ses côtés, et l'on aura un exemple saillant de la cause de la con-

duite opposée qu'ont à tenir, dans un même accident, un chirurgien militaire et un chirurgien civil. Le premier devra opérer sur-le-champ s'il ne veut perdre son malade, et le second pourra temporiser impunément, et même avec succès, comme le prouve notre observation.

Le traitement qu'on a adopté dans ce cas est mixte, et confirme ce que j'ai dit plus haut. Quand on avait, dans le principe, à veiller aux accidents qu'on s'attendait devoir être redoutables, on a employé un appareil contentif qui laissait la liberté d'examen ; et pour arrêter l'afflux du sang qui, aprés un pareil désordre, ne manque pas de se précipiter vers le lieu blessé, on a employé des irrigations continues, dont l'effet a été de tenir le membre à une basse température et d'éloigner l'abord du fluide sanguin.

J'ai vu les irrigations réussir dans une foule de cas. C'est cependant un moyen qui demande à être employé avec beaucoup de discernement ; car, si on vient à le supprimer trop tôt ou tout d'un coup , le sang abordera avec rapidité vers l'endroit blessé, et produira des accidents inflammatoires aussi terribles que s'ils avaient été primitifs. Il faut permettre, pour ainsi dire , à ce fluide d'arriver en quantité modérée vers la partie qu'on tient froide, et cela en suspendant les irrigations, le premier jour une heure, le second deux, etc., jusqu'à la suppression totale.

Une fois qu'on a été maître des accidents primitifs, et qu'on n'a plus eu qu'à favoriser la formation du cal le plus exactement possible, on a entouré le membre inférieur d'un appareil amidonné qui en a fait une seule pièce, et qui a permis au malade de marcher. C'est dans des cas pareils qu'on est fier de conserver un membre à un malheureux, car il est aussi glorieux pour un chirurgien de conserver que de retrancher.

Les fractures présentent souvent, dans le mode d'action de leurs causes, dans leur terminaison, des circonstances dignes de remarque.

Souvent la même cause agissant avec la même force chez deux individus, produira chez l'un de graves désordres qui seront suivis de mort, et, chez l'autre, la guérison arrivera assez facilement. Ainsi une charrette pesamment chargée passera très-rapidement sur la jambe d'un

homme qui sera dans telle ou telle position, il n'y aura qu'une forte contusion; chez l'autre, qui sera dans la même position, il y aura fracture comminutive.

Une chute de très-haut sur la tête produira chez l'un des désordres remédiables, une légère fracture du crâne, par exemple; tandis que la chute d'un corps lourd, un coup, produiront chez un autre d'affreux désordres contre lesquels viendront se briser toutes les ressources de l'art de guérir. En voici trois exemples.

**Fracture énorme du crâne. — Mort 5 heures après l'accident.**

Dans les derniers jours du mois de Janvier 1839, Massel (Jacques), âgé de 22 ans, journalier, met le feu à une mine qu'il avait faite dans l'intention de faire sauter un rocher, et s'éloigne en courant : la mine éclate; des fragments considérables de rocher volent dans les airs, et l'un d'eux va malheureusement atteindre cet infortuné. Dès lors, il présente une large plaie de 54 millimètres carrés à la région pariétale droite, avec broiement de la peau, fracture des os et issue à travers la solution de continuité osseuse de la substance cérébrale mâchée, et dont les fragments sont entremêlés à des cheveux ensanglantés. On sent aussi une crépitation très-forte en appuyant les doigts sur le côté droit du coronal. Le malade est dans un état de paralysie complète, privé de la parole. Ses paupières sont fermées, sa pupille dilatée, sa respiration stertoreuse, son pouls fort et fréquent. Massel ne survit que 5 heures à cet événement.

AUTOPSIE 19 HEURES APRÈS LA MORT.

Constitution athlétique. Aucune trace de lésion, si ce n'est sur la face et le crâne.

*Examen de la tête.* — Au niveau de la partie moyenne du pariétal droit, large solution de continuité avec lacération des téguments et attrition des os, qui laisse apercevoir la substance cérébrale dans un état complet de broiement. Une incision est faite sur les téguments du crâne; elle part

de la racine du nez, et va se terminer à l'occiput en passant un peu du côté gauche de la ligne médiane. Les lambeaux de peau disséqués laissent apercevoir les désordres suivants : épanchement de sang sous les téguments, surtout à la partie supérieure du crâne et vers la fosse temporale droite ; presque tous les os du crâne sont le siége de fractures ; le coronal est divisé en quatre fragments : l'un droit, l'autre gauche, le plus large, et qui est fortement soudé avec la partie gauche du crâne ; entre ces deux fragments et au niveau de l'apophyse orbitaire interne gauche, une esquille longue d'un pouce s'enfonce dans la substance cérébrale ; enfin, le quatrième fragment correspond à l'angle supérieur du coronal, et son enfoncement simule une fontanelle antérieure.

Fracture de l'apophyse zygomatique, de l'os de la pommette du côté droit, près de son union avec l'apophyse jugale du maxillaire supérieur. Ces deux os fracturés sont réunis en une seule pièce avec le fragment droit du coronal.

La voûte orbitaire droite est le siége d'une fente qui va jusqu'au sphénoïde, qui est à son tour le siége de fractures.

Les deux pariétaux offrent de graves désordres, surtout vers la réunion de leurs bords supérieurs, où il existe une esquille de trois pouces de long sur un pouce de large, enfoncée de six millimètres dans la substance cérébrale.

Toute la face antérieure et supérieure de l'hémisphère cérébral droit est broyée, la dure-mère lacérée ; l'hémisphère gauche est le siége d'une congestion sanguine considérable.

On remarque une fêlure à la face antérieure du rocher du côté droit, se continuant avec une fracture de la portion écailleuse.

Une fracture des apophyses clinoïdes antérieures et du corps du sphénoïde.

Un enfoncement de la lame criblée de l'ethmoïde du côté droit de l'apophyse *crista galli* ; une fêlure sur la voûte orbitaire gauche.

Les fractures de la face ont aussi intéressé le sinus maxillaire droit qui contient un caillot sanguin assez volumineux.

**Chute de vingt pieds de haut sur la tête. Fracture du crâne. Désorganisation d'une partie du lobe antérieur gauche du cerveau. — Mort 10 heures après l'accident.**

Franc (François), marin, âgé de 18 ans, fait une chute de vingt pieds de haut sur la tête, le 18 Décembre 1838, à deux heures de l'après-midi : transporté immédiatement à l'Hôtel-Dieu, il présente une légère plaie avec bosse sanguine assez considérable à la partie moyenne du pariétal droit; une plaie transversale de deux pouces de long correspondant à la bosse occipitale et paraissant n'intéresser que les téguments : ses yeux sont immobiles, la pupille non dilatable; les membres supérieurs sont exempts de fractures et de luxations; les inférieurs le sont aussi; seulement on remarque sur la face dorsale du pied gauche une excoriation assez forte de la peau.

Le malade reste immobile sur son lit; la respiration est stertoreuse et ronflante; les mouvements du cœur sont exagérés, tant sous le rapport de la force que sous celui de la vitesse; le pouls est fort et bat 94; il présente une intermittence très-prononcée.

Il y a contracture du membre supérieur gauche, ainsi que des membres inférieurs, que Franc abandonne à leur propre poids; il est impossible de lui faire fléchir les jambes sur les cuisses; il ne donne aucun signe de sensibilité : la lumière qu'on lui montre, les corps étrangers qu'on menace de lui lancer aux yeux, ne produisent aucun effet sur ses organes; il ne peut répondre à aucune question, ni par paroles, ni par gestes. (Diète, limonade, sinapismes aux jambes, et saignée de 360 grammes.)

A dix heures du soir, chaleur brûlante de la peau; pouls fort, fréquent; immobilité presque absolue; décubitus dorsal; une écume abondante s'échappe de sa bouche entr'ouverte et de l'ouverture antérieure des fosses nasales; stertor épouvantable qui se fait entendre à plus de trente pas de distance : mort à minuit.

AUTOPSIE 16 HEURES APRÈS LA MORT.

On n'a pu examiner que la tête, qui offre une petite plaie avec infiltration sanguine sous les téguments, au niveau du pariétal droit, sans trace de fractures à cet os. La plaie que nous avons signalée à l'occiput, avec infiltration de sang sous les téguments, s'étendant, dans une épaisseur de huit à dix millimètres, à toute la surface convexe de l'occipital.

Le crâne, scié circulairement, met à nu la dure-mère dont les vaisseaux sont gorgés de sang. Cette dernière membrane enlevée, on aperçoit le cerveau et les vaisseaux de sa surface dans ce même état d'injection. La convexité de cet organe n'est le siége d'aucune lésion apparente : on remarque, en examinant sa base, à la face inférieure du lobe antérieur gauche, dans toute l'étendue de cette portion qui repose sur la voûte orbitaire du coronal, une contusion de la largeur d'une pièce de deux francs, avec désorganisation, à quatre ou six millimètres de profondeur, de la substance cérébrale.

Les fosses occipitales inférieures contiennent une assez grande quantité de sang liquide.

La dure-mère ayant été décollée de l'occipital, laisse voir une fente comprenant toute l'épaisseur de cet os, partant de sa partie moyenne, un peu du côté gauche de la ligne médiane, et allant se terminer à la partie postérieure de la circonférence du trou occipital.

On peut, en outre, introduire la pointe d'un scalpel assez épais entre le bord antérieur de l'apophyse d'Ingrassias du côté gauche, et le bord postérieur ou sphénoïdal du coronal : il y a donc eu disjonction légère de cette articulation.

**Chute d'un troisième étage sur la tête. Fracture du crâne. Bosse sanguine en imposant pour une seconde fracture. — Guérison.**

Dane (Joseph), jeune ouvrier maçon, âgé de 16 ans, est trouvé, le 2 Janvier 1839, à 7 heures du soir, étendu sur le sol et sans connais-

sance, un quart d'heure après une chute qu'il a faite dans une maison où il travaille. On le transporte de suite à l'Hôtel-Dieu, où j'étais de garde.

Les membres sont sans fractures. Gonflement considérable peu rénitent à la région frontale, partant de la ligne médiane et occupant toute la portion droite du coronal. La paupière supérieure, la région jugale sans changement de couleur à la peau qui présente seulement sur le front une légère excoriation. En exerçant une pression un peu forte sur ce gonflement, on perçoit la sensation d'un liquide qui s'échappe en fuyant à travers les mailles du tissu cellulaire; on sent de plus un enfoncement avec crépitation manifeste à la réunion du tiers interne avec les deux tiers externes de l'arcade orbitaire droite; un autre enfoncement de la largeur d'une pièce de deux francs est perçu au niveau de la bosse frontale droite, et plusieurs personnes assurent y sentir de la crépitation.

Le malade jouit d'ailleurs de la vue, de l'ouïe; il manifeste une grande douleur à la partie blessée, et y porte subitement la main quand on la comprime avec un peu de force. Les membres ont conservé leurs mouvements et leur sensibilité. La parole est libre.

A peine Dane est-il couché depuis un quart d'heure, qu'il est pris d'une convulsion épileptiforme assez forte, ce qui ferait présumer que c'est dans un de ces accès que lui est arrivé l'accident qui le conduit à l'Hôtel-Dieu. Mais son maître, avec qui il travaille depuis deux ans, assure qu'il ne l'a jamais vu atteint de cette maladie. Le pouls est petit, fréquent: du tilleul est ordonné pour boisson.

A onze heures du soir, la réaction est assez forte: on ordonne une saignée qui ne peut être pratiquée, tant le petit malade vocifère et se contracte avec force. Il se lève seul dans la nuit pour uriner.

Le 3, gonflement considérable de tout le côté droit du front et de la face. Grande céphalalgie, pouls fort et fréquent. *Saignée.*

Le 7, diminution du gonflement; couleur jaune de la peau; l'œil droit, que le gonflement tenait fermé, a la liberté de s'ouvrir, et laisse apercevoir une forte injection sanguine de la conjonctive oculaire. La vue est nette des deux côtés. Le malade prend un léger bouillon et un peu de chocolat.

Le 11, persistance de la crépitation sur l'arcade sourcilière ; ce signe a complètement disparu pour ne plus se montrer au niveau de la bosse frontale droite. Tout va parfaitement jusqu'au 19 Janvier, où le petit malade mange la demi-portion et veut par force sortir de l'Hôtel-Dieu, dix-huit jours après le grave accident qui l'y a conduit.

Un coup de balle atteignant deux hommes au même point du front, tuera l'un subitement, et s'arrêtera, chez l'autre, dans les sinus frontaux.

**Balle engagée depuis six mois dans le sinus frontal droit, sans accident.**

De Villalba (Joachin), âgé de 24 ans, capitaine dans l'armée de Don Carlos, reçut, dans le courant du mois d'Août 1838, un coup de feu au-dessus de la bosse frontale gauche : ce coup lui fut tiré du haut d'un rempart. Les chirurgiens qui le pansèrent ne s'occupèrent pas de l'extraction du corps étranger, et ne firent attention qu'aux désordres apparents, qui, une fois dissipés, laissèrent après eux une fistule au point dont j'ai parlé. Il se présenta à l'Hôtel-Dieu, dans le courant de Février 1839, pour se faire extraire la balle qui, dit-il, le fait souffrir quand il est soumis à de fortes secousses : la fistule externe est en forme d'entonnoir, dirigée de haut en bas, d'avant en arrière et de gauche à droite. Une sonde y pénètre 60 à 65 millimètres, et va aboutir à un corps étranger un peu mobile. M. Martin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, était presque décidé à appliquer une couronne de trépan, lorsque de Villalba sortit sans se laisser opérer.

Quant à leur terminaison, les fractures finissent quelquefois d'une manière insolite, dont l'autopsie et le raisonnement ne peuvent pas rendre compte. Comment expliquer, par exemple, la terminaison subite d'une fracture comminutive du bras gauche par la mort, avec sphacèle du bras du côté opposé ? En voici un exemple.

**Fracture complète de l'avant-bras gauche, avec plaie aux téguments et issue du cubitus au dehors. Résection. Sphacèle spontané du bras droit. — Mort.**

Guisolfe (Michel-Étienne), âgé de 45 ans, clerc de notaire, fut renversé, le 1er Juillet, à 7 heures du soir, par un cabriolet dont la roue passa sur son avant-bras gauche. Le malade, ne se croyant pas grièvement blessé, enveloppa son avant-bras d'un mouchoir, et fut se mettre au lit, où il dormit, dit-il, assez bien. Le lendemain, 2 Juillet, à deux heures du soir, il se présente à l'Hôtel-Dieu : il présente une fracture transversale à la partie moyenne du radius gauche; les deux fragments se sont rapprochés du cubitus, ce qui fait que l'avant-bras est concave sur son bord radial. Il existe aussi à 15 millimètres au-dessus de l'articulation radio-carpienne, et sur le bord cubital de l'avant-bras, une plaie d'environ 15 millimètres de long, à travers laquelle fait une saillie d'environ 16 millimètres le cubitus dont l'extrémité est rugueuse et paraît plutôt arrachée de l'articulation que fracturée.

Il y a eu, la veille, d'après le rapport du malade, un assez fort écoulement de sang. Aucune indication pressante ne se présentant à remplir, le soir même on pose le membre sur un coussin, on l'entoure d'une vessie pleine de glace, et on laisse le malade à la diète et à l'usage de la limonade.

Le 3 Juillet, M. Rousset, professeur de clinique chirurgicale, fait une incision d'un pouce de long à l'angle supérieur de la plaie, sépare le cubitus des parties environnantes, place entre lui et les parties molles une plaque de carton, et résèque obliquement de dedans en dehors toute la portion d'os qui faisait saillie au dehors. La plaie est réunie par une bandelette agglutinative. Le membre est placé sur un coussin, et on l'entoure d'une vessie pleine de glace. (Diète, limonade.) Le malade est très-bien toute la journée; il n'éprouve pas le moindre mouvement fébrile.

Le 4 et le 6, rien de nouveau.

Le 6 au soir, on place l'appareil de la fracture de l'avant-bras, de plus une attelle en bois le long du cubitus pour maintenir le membre

dans sa rectitude naturelle : une bande soutient le tout. Les applications froides sont continuées. Cet appareil occasionne au malade de légères douleurs.

Le 7, il n'y a pas eu de selles depuis sept jours ; une potion purgative en amène deux.

Le 9 et le 10, il y a une légère fièvre, un abattement excessif des forces.

Dans la nuit du 12, le malade ressent de violentes douleurs à l'avant-bras sain, qui paraît bleuâtre, contusionné. Le 13 au matin, il est complètement sphacélé. Le malade succombe à 4 heures du soir.

AUTOPSIE 24 HEURES APRÈS LA MORT.

*Cavité thoracique.* — Tous les organes sont sains.

*Abdomen.* — Le foie présente un ramollissement et un état granuleux très-prononcé.

Le bras et l'avant-bras sphacélé sont de couleur lie de vin ; l'épiderme s'en détache au moindre contact, et, si l'on incise profondément, on ne trouve jusqu'aux os qu'une bouillie de même couleur où tous les organes sont confondus, excepté les tendons qui apparaissent sous formes de rubans blanchâtres nacrés.

Le sphacèle s'étend jusqu'à 27 millimètres environ au-dessus des tubérosités humérales inférieures.

Le tissu cellulaire de la partie supérieure du bras malade est le siége d'une infiltration séreuse très-prononcée ; on n'y remarque d'ailleurs d'altération évidente qu'une dilatation considérable des veines axillaire et sous-clavière.

Enfin, quelquefois une fracture simple annonce sa présence par des symptômes fâcheux : de la douleur, du déplacement, l'inflammation des organes voisins, une fracture de côté, par exemple ; tandis que cinq, six, sept ou huit fractures de la même espèce, réunies chez un même individu, ne se font pas même apercevoir.

**Fractures de neuf côtes coïncidant avec une fracture comminutive de l'avant-bras droit, sans accidents du côté de la poitrine, et complètement ignorées pendant la vie.**

J'étais occupé, dans le courant du mois de Décembre 1839, à faire, avec un de mes camarades, l'autopsie d'une femme qui avait succombé à une fracture comminutive de l'avant-bras droit. Après avoir constaté les désordres locaux, nous ouvrîmes l'abdomen, et nous ne trouvâmes de lésion dans aucun viscère. Nous allions ouvrir le thorax, lorsque nous sentîmes une crépitation manifeste au niveau de la troisième côte sternale gauche. Nous disséquâmes avec attention, et nous trouvâmes une fracture des 3e, 4e, 5e, 6e, 7e, 8e et 9e côtes au niveau de leur grande courbure.

La 3e et la 4e côtes du côté opposé étaient aussi fracturées. Au point où la plèvre costale correspondait à la fracture de la troisième côte, elle présentait une érosion légère qui ne l'avait pas encore perforée.

Tout cela était passé complètement inaperçu durant la vie.

J'ai hâte d'arriver à des cas plus intéressants : je commence par une observation de fracture comminutive de la jambe avec complication de délire nerveux.

**Fracture complète de la jambe gauche. Issue des fragments et des muscles de la région antérieure de la jambe. Hémorrhagie. Délire nerveux. — Mort trois jours après l'accident.**

Arniot (Jean-Louis), âgé de 55 ans, portefaix, d'une forte constitution, était occupé, dans la journée du 15 Février 1839, à transporter un fardeau à bord d'un navire : arrivé à la partie moyenne de la planche qui, de terre, devait le conduire à bord, il fait un faux pas, tombe dans le port, est entraîné violemment au fond par le fardeau, et ne peut faire aucune espèce de mouvement pour se sortir de l'eau : on l'en retire de suite, et dès qu'on s'aperçoit de l'état de la jambe, on le transporte à l'Hôtel-Dieu.

A la face antérieure de la jambe gauche et à la réunion de son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs, existe une plaie transversale qui fournit une grande quantité de sang ; il y a issue de portions de muscles et de tendons, fracture du tibia oblique de bas en haut et d'avant en arrière ; la pointe du tibia fait une saillie d'un pouce à travers la plaie. Le fragment inférieur est violemment porté en haut et en arrière. Il y a fracture du péroné au même niveau, et courbure très-forte de la jambe à convexité antérieure.

Le malade est mis au lit ; un appareil contentif arrosé d'eau-de-vie camphrée contient son membre : état général spasmodique très-violent. ( Infusion de tilleul. ) Le soir, à 7 heures, débridement autour de la pointe du fragment supérieur ; résection d'un demi-pouce de cet os ; une artère qui provient du canal médullaire fournit une très-grande quantité de sang. La contraction musculaire est si violente, qu'elle s'oppose à la réduction des fragments. Les portions musculaires qui font hernie à travers la plaie sont le siége de vermiculation convulsive. Réapplication d'un appareil simplement contentif ; saignée du bras de 360 grammes ; irrigations froides permanentes.

Le 16, forte réaction, douleurs au point blessé : nouvelle saignée de 360 grammes ; infusion vulnéraire pour boisson. Continuation des applications froides.

Le soir, à trois heures, le pouls est toujours fort et fréquent, mais les douleurs ont diminué ; la peau est chaude et sèche. Nouvelle saignée.

Les trois filles d'Arniot arrivent à quatre heures, restent près du lit de leur père jusqu'au soir, en témoignant leur profonde douleur par des pleurs continuels. A huit heures du soir, ce malheureux est pris d'un violent délire qui oblige à l'attacher ; il s'agite avec force sur son lit. Cet état se prolonge toute la nuit.

Le 17, délire vague, parole embarrassée ; respiration accélérée, face pâle, bouche entr'ouverte, peau chaude ; pouls petit, fréquent ; tous les muscles sont le siége de violentes contractions spasmodiques. ( Diète, limonade ; potion gommeuse avec 15 grammes sirop diacode. )

Cet état va toujours croissant ; la parole devient de plus en plus embarrassée, et le malade cesse de vivre dans la nuit, à 2 heures.

AUTOPSIE 15 HEURES APRÈS LA MORT.

La rigidité de tous les membres est très-forte, surtout celle des extrémités supérieures. Il existe sous la peau de toute la région jambière interne et externe gauche, du sang épanché en assez grande quantité : il en existe aussi sur la face dorsale du pied du même côté.

*Fracture oblique du tibia.* — Le fragment supérieur offre la trace de la résection qu'on y a pratiquée ; l'aponévrose jambière antérieure est percée par lui, et c'est à travers la solution de continuité de cette dernière que fait saillie le tendon du jambier antérieur, lequel muscle est très-légèrement déchiré par la pointe du fragment.

Le péroné est fracturé transversalement au même niveau que le tibia. Tous les organes environnants commencent à répandre une odeur fétide, et sont le siége d'une infiltration grisâtre assez prononcée.

*Abdomen.* — Tous les organes sont sains.

*Poitrine.* — Adhérence légère de la plèvre pulmonaire droite avec la plèvre costale, et de la base du poumon avec la plèvre diaphragmatique.

*Crâne.* — Le cerveau est le siége d'une infiltration séreuse assez forte. *On n'y remarque aucune trace de vaisseaux sanguins ; sa couleur est d'un blanc laiteux. Même observation pour les nerfs des extrémités supérieures.*

Le délire nerveux est une des complications les plus effrayantes qui puisse se présenter chez un malade porteur d'une lésion traumatique, et surtout aussi grave que celle d'Arniot. M. Dupuytren cite, dans ses leçons orales, un cas sur lequel semble avoir été calqué le mien. Il s'agit d'un homme qui, à la suite d'une querelle dans un café, eut une fracture de la jambe : il y avait issue du fragment supérieur à travers la plaie ; il poussait de grands cris, et paraissait doué d'une sensibilité exquise. Trois saignées lui furent faites. Le délire arriva le troisième jour, après une visite de ses parents : il succomba le quatrième. On apprit, après la mort, qu'il était tourmenté d'une affaire d'intérêt très-importante. A son autopsie, on trouva le cerveau parfaitement sain, et un peu de sang dans la plèvre gauche.

On conçoit, dans ce cas, l'inutilité de l'art qui a pu triompher quel-

quefois de délires nerveux accompagnant des lésions physiques, mais moins graves que celles-ci, comme, par exemple, les six cas que cite Dupuytren à la suite de celui dont je viens de parler. Mais qu'on se figure la douleur incessante et redoublée à chaque instant par les mouvements que devait produire, chez Arniot, ce fragment supérieur du tibia ayant traversé les parties molles de la face antérieure de la jambe. Le fragment une fois réséqué, il nous fut aussi impossible qu'avant de réduire la fracture, et la pointe des fragments n'en irritait pas moins les chairs; si bien qu'on se contenta d'un appareil qui s'opposait simplement aux mouvements partiels du membre fracturé. Ce malade est mort épuisé par la douleur, comme l'on meurt à la suite d'une brûlure au premier degré, mais étendue en surface. « La douleur, dit Dupuytren, tue aussi bien par la perte de la sensibilité, qu'une hémorrhagie le fait par la perte du fluide sanguin. » Je suis convaincu que ce n'est que la douleur qui a tué le malade dont parle M. Lallemand, à l'autopsie duquel on trouva le nerf tibial antérieur déchiré et scié pour ainsi dire entre deux fragments osseux d'une fracture comminutive de la jambe.

Mais une chose a frappé mon attention quand j'ai fait l'autopsie d'Arniot. J'avais lu, à propos du délire nerveux, qu'on ne trouvait à l'autopsie aucune lésion dans le système nerveux qui pût expliquer les symptômes observés pendant la vie. Quand j'ai vu le cerveau d'Arniot tout-à-fait pâle, décoloré; quand j'ai examiné les principales branches nerveuses du cou et des extrémités supérieures, plusieurs réflexions se sont présentées à mon esprit : il était porteur, à un membre inférieur, d'une lésion profonde d'un point d'irritation immense vers lequel devait se précipiter le sang; d'un autre côté, le cerveau manquait de celui qu'on trouve ordinairement dans ses vaisseaux. Or, le sang étant le stimulus, le principe nutritif, l'aliment par lequel sont entretenues les fonctions des organes, et par conséquent celles du cerveau, je me suis demandé si le délire nerveux, qui est une perversion des fonctions cérébrales, ne pourrait pas reconnaître pour cause l'absence du fluide sanguin.

Si, quand il y a plénitude des vaisseaux qui arrivent au cerveau; si, en un mot, quand il y a congestion cérébrale, on remarque une perversion des fonctions de cet organe qui se manifeste par du délire, par

une exaltation des fonctions, ne pourrait-on pas croire, avec assez de raison, que, dans un cas où le scalpel démontre évidemment l'état opposé dans l'organe, il y ait aussi délire, perversion des fonctions, mais par cause contraire, par insuffisance? Trop de sang qui se porte vers un organe, un membre enflammé, par exemple, le gonfle, le distend, produit un trouble des fonctions *en plus*, si je puis m'exprimer ainsi. Mais qu'une cause refoule le sang vers l'intérieur, il y aura perversion des fonctions *en moins*, comme dans la congélation, par exemple. Or, dans l'observation que nous citons, il y avait tendance du sang à se porter vers le point blessé et les environs, et à abandonner le cerveau, comme l'autopsie nous l'a fait voir.

Je ne prétends pas expliquer le délire nerveux. Loin de moi cette prétention; mais je soumets cette idée à mes juges, persuadé qu'ils la rectifieront si elle présente quelques points blâmables.

Je sais qu'il y a plus que du matériel dans le délire nerveux; que la sensibilité est ordinairement plus ou moins profondément lésée quand il se manifeste, puisque les causes morales contribuent à lui donner naissance, l'augmentent quelquefois quand il existe. Les annales de la science rapportent à ce sujet des faits très-intéressants. Mais ne peut-il pas se faire qu'une cause morale agissant et trouvant le cerveau dans l'état dont j'ai parlé, n'agisse que comme cause occasionnelle, déterminante?

Ce qui prouverait que la lésion de la sensibilité n'est que consécutive à une lésion, à un dérangement physique, c'est que les malades, par exemple, que Dupuytren a guéris, n'étaient pas tant s'en faut porteurs de lésions aussi graves que son premier malade qui a péri malgré tous les soins, et que celui dont je parle se trouvant presque absolument dans la même position.

Plus la lésion physique est grande, plus la sensibilité est lésée, altérée, le cerveau perdant alors plus de stimulus : on a vu des malades marcher sur des membres brisés, chanter, vociférer, malgré des pointes de côtes qui leur piquaient les plèvres et le poumon. J'ai vu un homme porteur d'une fracture comminutive de la jambe, et atteint du délire nerveux, subir, presque sans s'en douter, l'amputation de la jambe, et demander, tandis que l'opérateur pratiquait la section du tibia : *qui lui faisait des*

*châtouilles à la jambe* ; et, de retour dans son lit, demander avec autant de sang-froid et d'insensibilité : *où est ma jambe?* Je regrette infiniment de n'avoir pu pratiquer son autopsie pour m'assurer si j'aurais trouvé son cerveau dans un état anémique comme celui d'Arniot ; car je conçois qu'il est assez difficile d'établir une proposition, et aussi délicate que celle que j'ai discutée, d'après une seule observation.

**Fracture de la rotule avec épanchement dans l'articulation tibio-fémorale gauche. Irrigations continues. — Guérison.**

Baumé (Pierre), âgé de 38 ans, voiturier, avait eu, au mois d'Octobre 1837, la rotule gauche fracturée à la suite d'une chute ; il était sorti de l'Hôtel-Dieu parfaitement guéri, après deux mois de traitement.

Le 25 Janvier 1838, en rentrant chez lui, à huit heures du soir, il pose le pied sur un corps glissant, et, se voyant sur le point de faire une nouvelle chute, il porte brusquement en arrière son corps appuyé presque en entier sur la jambe gauche. De suite, douleur violente suivie de craquement à l'articulation tibio-fémorale gauche ; impossibilité de marcher : on le trausporte à l'Hôtel-Dieu à 9 heures du soir ; il présente au genou gauche un gonflement considérable qui ne permet pas de distinguer s'il y a fracture ou non, et quelle est la situation des fragments. ( *Diète. Application de compresses imbibées d'eau végéto-minérale.* )

Le lendemain, le gonflement diminue ; il semble, autant qu'on peut en juger, que les fragments offrent entre eux un écartement de trois travers de doigts environ. ( *Diète. Continuation des mêmes moyens.* )

Le 27 et le 28, application de glace sur la partie : l'épanchement semble augmenter ; il y a rougeur, chaleur et tension. ( Le soir, application d'un appareil à irrigation permanente. )

Le 6 Février, application d'un bandage de Scultet médiocrement serré autour du genou, afin d'aider, par la compression, la résorption du liquide épanché dans l'articulation : ce bandage est sans cesse arrosé d'eau végéto-minérale.

Le 11, enlèvement de cet appareil ; disparition presque complète du gonflement ; on laisse la jambe dans une parfaite extension : l'état général est parfaitement satisfaisant.

Le 20 Mars, Baumé se lève trois heures dans la journée, et n'est pas du tout fatigué par l'exercice qu'il a pu faire ; les fragments de la rotule sont éloignés de deux travers de doigts l'un de l'autre, et l'on sent entre eux une substance molle qui les réunit. On sentait manifestement sous le fragment supérieur, les premiers jours que le malade a commencé à marcher, le jeu des surfaces articulaires des condyles fémoraux. On a soin d'appliquer à la face postérieure du membre inférieur une attelle pour empêcher les mouvements de flexion outrée. Le malade augmente chaque jour la durée de ses exercices, et il sort de l'Hôtel-Dieu, parfaitement guéri, après 89 jours de traitement.

**Fracture transversale de la rotule. — Guérison par la position, sans bandages.**

Le 30 Janvier 1839, Arbaud (Augustin), âgé de 84 ans, fait une chute du haut d'un escalier, se contusionne fortement la face, et éprouve une violente douleur au genou droit ; on le transporte de suite à l'Hôtel-Dieu. La face est le siége de nombreuses contusions ; la jambe droite est toute ecchymosée ; la rotule du même côté est le siége d'une fracture transversale. Il existe un écartement de 40 millimètres entre le fragment supérieur et l'inférieur.

Quelques résolutifs placés sur l'articulation malade calment les premiers accidents. Le 8 Février, on place à la face postérieure du membre une attelle en bois assez épaisse, et on tâche de rapprocher les deux fragments par un kiastre ; mais le vieil Arbaud est très-indocile ; il s'agite constamment dans son lit, et l'appareil dont il est porteur est chaque jour défait une ou deux heures après son application, ce qui force le chirurgien en chef à renoncer à son emploi. Le membre malade, dégagé de tout bandage, est alors placé sur un plan incliné dont

le sommet est beaucoup plus élevé que la tête du malade; un drap placé en sautoir en travers du lit gêne les mouvements du malade indocile, et, à l'aide de cette simple précaution, il sort de l'Hôtel-Dieu, parfaitement guéri, deux mois après l'accident.

Ces deux malades vont me donner l'occasion de dire quelques mots sur le traitement des fractures transversales de la rotule; je ne m'arrêterai pas sur leur mode de production, il est bien constaté qu'elles se font de deux manières : par contraction musculaire (je viens d'en rapporter un exemple), et c'est le plus grand nombre de cas, ou bien par cause directe. Les symptômes sont aussi très-caractéristiques; je passerai donc de suite à l'article *traitement.*

Il présente, comme dans toute fracture, deux indications principales: la réduction et le maintien de la réduction.

« Ce qu'il y a de plus important, dit M. Vidal de Cassis (dans son » traité de pathologie chirurgicale), dans le traitement de la fracture » de la rotule, c'est une forte flexion de la cuisse sur le bassin et une » extension de la jambe sur la cuisse; une forte flexion mettant les » muscles extenseurs de la cuisse dans un relâchement complet, ils n'au- » ront pas de tendance à se contracter. »

Le principal but que se propose le praticien dans le traitement d'une fracture transversale de la rotule, est de rapprocher le fragment du droit antérieur, que j'appellerai *musculaire*, du fragment inférieur ou ligamenteux, qui est immobile par sa position anatomique. Or, l'expérience prouve qu'on n'obtient presque jamais une consolidation franche de la rotule : il y a toujours 2, 4, 6, 8 lignes, plus ou moins, d'écartement entre les deux fragments soudés le plus souvent par une substance fibreuse. Cela est facilement compréhensible pour celui qui connaît la force du muscle qu'on a à combattre, et qui, je crois, ne peut être dompté, ou, s'il peut l'être, ne l'est que pendant quelques instants, après lesquels il reprend sa force première avec une énergie proportionnée à la gêne qu'on lui avait imposée.

Un examen rapide des appareils les plus usités dans ce cas, me conduira, je crois, à la conclusion de M. Vidal de Cassis, conclusion à

laquelle j'avais pensé en voyant employer en vain cinq ou six appareils de fracture de rotule.

Et d'abord, ce qui prouve l'insuffisance des moyens dont nous parlons, c'est leur grand nombre : il y en a presque autant que de chirurgiens qui ont écrit sur cette maladie ; chacun a voulu avoir le sien. Quand l'efficacité d'un agent thérapeutique est bien démontrée, son adoption est générale, et on ne l'abandonne que pour lui en substituer un dont la supériorité soit bien reconnue. On avait imaginé une assez grande quantité de moyens pour la guérison de l'anus contre nature : Dupuytren lance un jour son entérotome dans la pratique, tous les autres moyens sont abandonnés. Quelqu'un, depuis Ambroise Paré, a-t-il songé à remplacer, dans l'hémostatique, la ligature par un autre moyen?

Y a-t-il pour la fracture de la rotule un appareil qu'on puisse dire bon à l'exclusion des autres? Non; mais, dans ce cas, me dira-t-on, il est tout naturel de choisir le meilleur. Je répondrai que tous malheureusement, et même le meilleur, ont des inconvénients qui surpassent ou du moins égalent les avantages qu'on a voulu obtenir en les créant.

Je diviserai les appareils pour la fracture de la rotule en deux classes. Dans la première, on peut ranger ceux qui n'agissent que sur deux points limités du membre inférieur, un point en dessus de la rotule et un point en dessous : tels sont le kiastre, le bandage de B. Bell, les courroies de Boyer, les deux cravates de M. Mayor, les deux érignes de M. Malgaigne, etc.

Dans la seconde, ceux qui agissent sur toute l'étendue du membre : tels sont le bandage unissant des plaies en travers, le bandage roulé descendant et ascendant de Langenbech. Il est enfin des bandages qui ne compriment le membre que dans un point au-dessus du genou, et qui rapprochent le fragment supérieur de l'inférieur à l'aide de courroies qui vont s'attacher au pied, comme le bandage de Sir Astley Cooper.

Les bandages de la première classe ont besoin, s'ils veulent agir, d'être serrés fortement ; et alors leur présence est insupportable, attendu qu'une compression est d'autant plus douloureuse que la surface sur laquelle elle s'opère est plus étroite. Un jour que j'étais de garde à l'Hôtel-

Dieu de Marseille, un malade me fit appeler une heure après l'application du bandage de B. Bell, et me supplia, en pleurant, de le lui enlever : les courroies, qu'on avait fortement serrées sans toutefois pouvoir affronter exactement les deux fragments, lui causaient des douleurs intolérables; sa jambe et son pied étaient déjà froids et d'une couleur rouge violet très-prononcée.

Il est impossible qu'au lieu d'être diminuée, la contraction du droit antérieur ne soit pas augmentée par un semblable bandage, qui se relâche toujours tôt ou tard, et lui permet, pour ainsi dire, de prendre sa revanche aux dépens du fragment supérieur, qui alors s'éloigne de l'inférieur.

M. Malgaigne propose de planter dans le bord supérieur du fragment musculaire, et dans le bord inférieur du ligamenteux, deux érignes qu'il croise au-devant de la face antérieure de l'os, et qu'il rapproche à l'aide d'une vis. Cet appareil me paraît être une source de contractions douloureuses au lieu de les diminuer : je ne l'ai jamais vu employer, et je m'abstiens d'en parler davantage.

Les bandages unissants, qui agissent sur toute la surface du membre, sont plus supportables en ce sens que la compression agit sur une étendue plus large; mais ils demandent aussi beaucoup de constriction : alors le moindre pli, la moindre inégalité peuvent causer des accidents qui forcent à les défaire, et le déplacement se reproduit; ou bien ils se relâchent d'eux-mêmes, ce qui ne peut pas manquer d'arriver bientôt, à moins qu'on n'emploie l'amidonné qui peut être aussi taxé d'inexactitude. Le bandage amidonné une fois appliqué, ne permet plus de voir ce qui se passe sur les surfaces qu'il recouvre; on ne sait donc pas s'il comprime exactement; et, d'un autre côté, si on le serre trop, il donne lieu à des accidents plus dangereux que ceux qui se manifestent quelquefois après un bandage roulé.

Il y a donc toujours plus ou moins d'inexactitude dans les appareils appliqués pour maintenir réduite la fracture transversale de la rotule. Quelques-uns entraînent même avec eux des inconvénients majeurs. La position seule, aidée par quelques moyens bien simples, me semble devoir suffire dans ce traitement.

Je mettrais le membre fracturé sur le plan incliné dont parlent les auteurs. Je placerais la cuisse dans la plus grande flexion possible sur le tronc, sur lequel j'agirais aussi à l'aide de coussins placés derrière les épaules du malade, de manière à ce qu'il ait la tête assez haute et le pied à son tour plus haut que la tête. Son tronc et la cuisse formeraient alors un V très-ouvert dont le sommet correspondrait à la fesse du côté malade : dans cet état, les muscles étant dans le plus grand relâchement possible, je n'aurais plus qu'à empêcher les mouvements généraux, ce à quoi je parviendrais en plaçant sans constriction deux courroies, l'une à la partie antérieure et moyenne de la cuisse, l'autre à la partie antérieure et moyenne de la jambe, allant s'attacher sur les deux bords du plan incliné ; on pourrait ensuite empêcher les mouvements trop étendus du tronc, en plaçant un drap en cravate sur la partie inférieure de l'abdomen.

Dans le cas où il y aurait des douleurs qui deviendraient cause de contractions, on appliquerait sur l'articulation des compresses trempées dans une solution plus ou moins opiacée.

**Fracture comminutive de la jambe droite avec plaie aux parties molles. Hémorrhagie. Amputation 15 heures après l'accident. — Mort 13 jours après l'opération. Arrachement du condyle interne du fémur et fracture presque verticale de cet os méconnus pendant la vie.**

Bonfillon (Joseph), conducteur de voitures, âgé de 30 ans, fut porté à l'Hôtel-Dieu, le 18 Mai 1839, à 6 heures du soir. Il avait eu la jambe droite écrasée sous de grosses pierres tombées du haut de sa charrette qu'il conduisait et sur laquelle il dormait. Il offre une large plaie de 5 pouces de long à la face interne et à la partie moyenne de la jambe; la peau est meurtrie au loin; trois esquilles de 50 à 55 millimètres de long et deux plus petites sont retirées par la plaie : elles appartiennent au tibia. Le péroné est fracturé transversalement au même niveau que ce dernier os; tous les muscles de la région jambière antérieure sont

lacérés ; il se fait par la plaie une forte hémorrhagie. On pratique de suite la résection d'une petite pointe du tibia longue de 5 à 6 lignes dont l'extrémité acérée fatiguait les chairs. On applique un appareil contentif. Le malade boit du tilleul. On lui pratique une saignée de 360 grammes. La nuit est assez bonne.

Le 19, à 8 heures du matin, M. Martin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, pratique l'amputation de la jambe au tiers supérieur, par la méthode circulaire. Cette opération présente plusieurs circonstances importantes à noter. Le chirurgien n'ayant pas ménagé assez de peau, les os faisaient une saillie considérable qui fatiguait le moignon : il se vit donc forcé de reprendre la scie, et de retrancher environ 12 ou 15 millimètres de cet os ; mais il laissa intact le péroné ; il résulta de cette manœuvre un excédant de longueur du péroné sur le tibia, qui a causé plus tard l'ulcération du moignon et l'issue de l'os au dehors.

Après l'opération, le malade est placé dans son lit ; il prend de quart d'heure en quart d'heure une cuillerée de potion antispasmodique.

Le 24, premier pansement. Pas de réunion, si ce n'est dans l'espace de 14 ou 16 millimètres au milieu du moignon. Du 24 au 28, rien de nouveau. Le 28, à 4 heures du soir, frisson violent accompagné de sueur : de suite après l'accès, administration de 60 centigrammes de sulfate de quinine dans une potion.

Le 29, chaleur à la peau. Pouls 128. Plaie blafarde. (*Diète absolue. Potion avec tartre stibié 40 centigrammes, sirop diacode 60 grammes, à prendre par cuillerée d'heure en heure.*)

Le 30, la suppuration est très-abondante. Dès ce moment, on est obligé de panser Bonfillon deux fois par jour ; le péroné fait saillie à travers la peau ulcérée. (*Mêmes prescriptions.*) Les frissons persistent ; le malade s'affaiblit à chaque instant, et il succombe le 2 Juin, à 4 heures du matin.

AUTOPSIE 12 HEURES APRÈS LA MORT.

Le crâne n'a pu être examiné.

*Poitrine.* — Les plèvres pulmonaire et costale de chaque côté sont couvertes de fausses membranes; le cœur est à l'état normal.

*Abdomen.* — Le foie est sain; les reins le sont pareillement. La veine cave inférieure, l'iliaque primitive, l'iliaque externe, ne présentent aucune trace d'inflammation.

*Examen du membre.* — La veine fémorale contient à la partie supérieure de la cuisse des caillots de sang en assez grande quantité; à sa partie inférieure, on voit du pus à l'état de flocons grisâtres; ce pus se rencontre aussi dans la veine poplitée. L'articulation tibio-fémorale est le siége d'un épanchement purulent très-considérable; après avoir été largement ouverte, elle laisse apercevoir dans sa cavité une séparation complète du condyle fémoral interne d'avec l'externe, sans aucune espèce de déplacement, se continuant avec une fracture presque verticale du fémur, allant se terminer 5 pouces plus haut, à la face interne de l'os. Les deux surfaces de l'extrémité spongieuse du fémur séparées par la fracture sont baignées de pus et ont revêtu une couleur noirâtre. L'articulation n'avait aucune espèce de communication avec l'extérieur.

Les chairs du moignon sont blafardes et inondées d'un pus qui exhale une odeur fétide.

Cette observation offre le tableau, le type de la fracture comminutive avec plaie des parties molles : esquilles osseuses en assez grande quantité; elle montre aussi la résection débarrassant les parties molles d'une pointe de fragment qui les irritait. Puis l'étendue des désordres force à pratiquer l'ablation du membre; et malgré tous les soins prodigués au malade, le malheureux succombe quinze jours après l'opération.

Les frissons qui étaient survenus vers la fin de la maladie faisaient croire à tous ceux qui assistaient à l'autopsie qu'ils allaient trouver des abcès viscéraux que nous rencontrions si souvent chez nos opérés à l'Hôtel-Dieu. Mais personne n'avait encore pensé à la fracture du condyle, vu l'absence de toute espèce de symptôme.

Ce qui surprend à la lecture de cette observation, c'est que, depuis le jour où le malade est entré à l'hôpital, jusqu'au jour de son décès, il ne s'est manifesté ni douleur ni gonflement du côté de l'articulation tibio-fémorale, où l'autopsie a fait découvrir de si grands désordres.

On se demande ensuite : comment cette fracture a-t-elle pu être produite ?

Ordinairement les fractures des extrémités des os longs, surtout celles des fémurs, sont occasionnées par des causes directes et violentes, par écrasement, et alors les parties molles sont naturellement contuses, déchirées, l'articulation est plus ou moins ouverte. Ainsi, dans les œuvres de Sir Astley Cooper, on trouve deux beaux cas de fractures comminutives des condyles fémoraux : dans l'un, il y avait séparation du condyle, et issue, à travers une plaie des parties molles, d'une partie de cet os ; dans l'autre, les deux condyles étaient si bien séparés, que la rotule s'était interposée dans leur écartement.

La fracture dont nous parlons ici ne peut avoir été produite qu'à la suite de la cause violente qui a brisé comminutivement le tibia et le péroné. Mais il est sûr que si la même pierre qui est tombée sur la jambe ou une autre fût tombée aussi sur l'articulation tibio-fémorale de Bonfillon, elle y aurait laissé sa trace par des violences plus ou moins profondes. Quant au mode de production par laquelle elle a été opérée, c'est là le difficile de la question : le mécanisme par contre-coup et la contraction musculaire ne me paraissent pas pouvoir l'expliquer d'une manière convenable.

Le chirurgien qui, pendant l'opération, tenait entre ses mains l'articulation et le haut de la jambe, n'a pas senti le moindre mouvement, la moindre crépitation, ce qui s'explique fort bien par la disposition des fragments qui étaient ajustés pour ainsi dire l'un à l'autre par toutes leurs enveloppes naturelles, *muscles, aponévroses, tendons*. La fracture, en effet, partait du milieu de l'articulation, précisément entre les deux condyles, au centre de la poulie fémorale, et montait se terminer à 4 pouces et demi ou 5 pouces sur la face interne de l'os. De plus, sa direction était oblique de dehors en dedans et d'avant en arrière ; le fragment détaché du corps de l'os appuyait donc sur lui dans toute son étendue, et ne pouvait être tiré en arrière par les muscles postérieurs de la jambe. Il en était ici comme dans les fractures obliques du col du fémur, où la déviation du pied en dehors ne se montre pas quand la fracture est oblique d'avant en arrière et de dehors en dedans. De

plus, un déplacement transversal était tout aussi impossible que celui d'arrière en avant, à cause du muscle triceps crural qui coiffait le fragment et se tenait collé pour ainsi dire contre le condyle opposé.

Il y aurait, je crois, assez d'analogie entre ce cas de fracture et ceux que les auteurs appellent fracture verticale, qui a été niée par un grand nombre d'écrivains.

On trouve partout des détails sur les fractures de l'extrémité inférieure du fémur; mais, presque partout aussi, il ne s'agit que de la séparation des deux condyles du reste de l'os par une solution de continuité oblique de bas en haut et d'avant en arrière, ou bien de l'arrachement d'une seule tête condylienne. Ainsi Delpech dit ( dans son traité des maladies réputées chirurgicales ) :

« Quand la fracture a lieu immédiatement au-dessus du condyle, en » même temps qu'une autre fracture l'isole du corps du fémur, dans » tous les cas, ce fragment ou ces fragments sont déplacés par les mus- » cles jumeaux de la jambe, lesquels agissent sur l'extrémité postérieure » de ces mêmes condyles, de manière que l'extrémité supérieure de la » pièce inférieure de la fracture est portée en arrière et fait une saillie » considérable. »

L'observation que je rapporte prouve assez bien, je le crois, l'inexactitude des mots : *dans tous les cas*. Boyer ( dans son traité de chirurgie en 10 volumes ) dit que les fractures du fémur peuvent arriver dans tous les points de l'étendue de cet os, et il passe rapidement à l'exposition de l'extension permanente pour les fractures du corps de l'os, sans s'arrêter un instant sur celles dont je parle.

Quant au pus contenu dans l'articulation, il y a été probablement conduit par l'absorption exercée par les veines du moignon, puisque j'ai retrouvé ce liquide dans la veine poplitée et la fin de la crurale. Je dirai d'ailleurs plus loin quelques mots sur cette malheureuse complication des blessures.

**Fracture comminutive de l'avant-bras. Extraction d'esquilles. Résection des fragments. — Mort. Abcès au foie.**

Romani (Joseph), âgé de 34 ans, journalier, eut, dans l'après-midi du 4 Décembre 1838, l'imprudence de se laisser prendre l'avant-bras gauche entre deux cylindres de machine à vapeur. Il en résulta de graves désordres qui nécessitèrent de suite son transport à l'Hôtel-Dieu, où il nous offrit les symptômes suivants : large plaie à lambeau comprenant les faces postérieure et interne de l'avant-bras gauche, s'étendant de 25 millimètres environ au-dessus de l'articulation radio-carpienne, à environ 75 millimètres de l'articulation huméro-cubitale; le lambeau est taillé aux dépens de la peau et des muscles de la face dorsale de l'avant-bras; il a sa base à la réunion de la face palmaire avec le bord cubital. Au fond de cette plaie se voient des muscles lacérés et de nombreuses esquilles produisant une très-forte crépitation. Il n'y a pas d'hémorrhagie. Le soir même de l'accident, on applique sur la partie des compresses trempées d'eau froide. On pratique une saignée de 384 grammes, et l'on prescrit une infusion de tilleul chaude.

La nuit est assez calme. Le lendemain, 5 Décembre, on était presque décidé, vu l'étendue des désordres, à pratiquer l'amputation; mais le malade s'y étant formellement opposé, on se décida à temporiser en se contentant d'extraire les nombreuses esquilles que l'on sentait au fond de la plaie, et de la réunir ensuite.

M. Rousset procéda à l'opération. Il parvint, à l'aide de quelques légers débridements, à en extraire quatre de 50 à 55 millimètres de long, et de 10 à 15 millimètres de large; elles appartiennent toutes au cubitus. L'extrémité du fragment supérieur du cubitus étant taillée en bec de flûte, et, menaçant d'irriter les parties molles, on en résèque une portion de 8 à 10 millimètres de long.

Le malade souffre beaucoup de toutes ces manœuvres; on réunit la plaie à l'aide de bandelettes agglutinatives qui embrassent l'avant-bras dans toute sa circonférence; le membre est ensuite placé sur des coussins, et, une heure après, on pratique une nouvelle saignée de 360 grammes.

Dans la journée, il survient un gonflement considérable à la main et à la partie supérieure de l'avant-bras. On est obligé d'enlever l'appareil, et on trouve les bords de la plaie boursouflés. Le malade souffre d'ailleurs très-peu.

On continue jusqu'au 8 les applications froides : la réaction est modérée. Le 10, la suppuration est très-abondante et répand une odeur fétide. Romani demande à être pansé deux fois par jour.

Le 11, on permet trois bouillons; l'état général est satisfaisant.

Le 14, quelques légers frissons, et après eux un léger accès de fièvre. La plaie va bien.

Le 15, pâleur considérable de tout le corps; continuation des frissons; la plaie devient blafarde; la suppuration diminue; le pouls est petit, misérable.

Le 16, pâleur encore plus forte se rapprochant de la teinte ictérique; abattement des forces; pouls petit et fréquent, légère douleur du côté gauche du thorax. (L'auscultation et la percussion ne dénotent aucun symptôme morbide dans cette cavité.) Il y a, dans la nuit du 15 au 16, huit évacuations alvines. La langue est sèche, rouge à la pointe et aux bords. (*Diète absolue.*)

A 10 heures du soir, aggravation des symptômes, continuation des frissons, froideur des oreilles et de l'extrémité du nez. (Décoction de quina 240 gr.)

Le 17, état général très-mauvais; pouls filiforme, presque nul, très-fréquent; respiration et parole gênées; abattement profond; la diarrhée persiste, mais les évacuations sont moins fréquentes. (Diète. Limonade, lavement avec décoction de quina 240 gr.) A 8 heures du soir, le corps du malade est couvert d'une sueur froide ; il dit qu'il ne sent plus ses mains et ses pieds, tant il a froid; sa respiration est gênée, précipitée. Mort à minuit.

AUTOPSIE 16 HEURES APRÈS LA MORT.

*Poitrine.* — Le poumon droit est sain dans toute son étendue; il présente seulement un léger engorgement hypostatique à sa partie postérieure. Le

gauche présente la même altération; il a de plus contracté des adhérences avec la face supérieure du diaphragme, ce qui expliquerait assez bien les douleurs que le malade ressentait en ce point quelques moments avant sa mort. Le cœur est à l'état normal.

*Abdomen.* — L'estomac est très-distendu par des gaz; la muqueuse intestinale est légèrement congestionnée dans toute son étendue. La rate est volumineuse; elle est le siége d'un ramollissement très-marqué.

Le foie présente des adhérences avec la face concave du diaphragme; il est d'une couleur pâle, et on aperçoit à sa surface des taches jaunes en grande quantité, ce qui lui donne un aspect marbré. Il existe, à la surface antérieure et moyenne de son petit lobe, une surface grisâtre de 36 à 40 millimètres de diamètre. Une incision qu'on y pratique fait découvrir un abcès de la grosseur d'une noix, qui contient du pus grisâtre et très-fétide. Un abcès pareil à celui-ci existe dans l'épaisseur du grand lobe, et des incisions pratiquées sur tous les points de la surface hépatique, où l'on peut voir une tache jaune, découvrent de petits abcès de 10 à 12 millimètres de diamètre, qui contiennent presque tous du pus jaunâtre concret.

Si l'on coupe l'organe en tranches, on voit sur les deux surfaces de la section un nombre infini et presque incalculable de ces petites collections. Il n'y a véritablement pas entre eux un intervalle de 8 à 10 millimètres; le parenchyme du foie est normal dans les points exempts d'abcès.

*Examen de la plaie.* — La plaie est sèche, grisâtre; le peu de pus qu'elle renferme est de même couleur, et très-fétide. Le fragment du cubitus attenant à l'articulation radio-carpienne a 40 millimètres de long, taillé en bec de flûte, très-mobile au milieu des parties qui l'environnent. L'articulation radio-carpienne est parfaitement saine. Le fragment attenant à l'articulation huméro-cubitale a 100 millimètres environ de longueur; son extrémité inférieure est baignée dans un peu de pus de mauvaise nature. Le désordre des muscles n'est pas considérable, il ne s'étend pas à 8 ou 10 millimètres au-delà de la plaie. Il existe, à la face palmaire du fléchisseur superficiel des doigts, une couche de sang coagulé

qui s'aperçoit sous l'aponévrose antibrachiale antérieure, aux deux tiers inférieurs de ce muscle.

La veine humérale, fendue depuis le pli du bras jusqu'à la sous-clavière, contient une assez grande quantité de sang pur ; elle est blanche, parfaitement saine, sans la moindre trace d'inflammation.

Les ganglions lymphatiques du creux axillaire sont en très-bon état.

L'humérus, scié dans plusieurs points de son étendue, se présente dans l'état le plus satisfaisant.

**Plaie d'arme à feu. Fracture comminutive du maxillaire inférieur. — Mort. — Trois abcès au foie.**

Terras (Étienne), âgé de 60 ans, paysan à Montredon (terroir de Marseille), conçoit le projet de se suicider, et cela pour un motif de jalousie, *passion inusitée à cet âge.* A cet effet, il applique, le 9 Septembre 1839, un canon de fusil chargé à plomb à la région sus-hyoïdienne, lâche la détente à l'aide d'un fil entortillé à son pied, tombe baigné dans son sang, et est transporté de suite à l'Hôtel-Dieu. Il présente les symptômes suivants :

Perforation avec broiement de toute la région sus-hyoïdienne; déchirure de la langue dont les deux portions s'écartent chacune de la ligne médiane ; déchirure de la lèvre inférieure en deux lambeaux latéraux et un lambeau moyen dans l'épaisseur duquel se trouve un fragment volumineux de la partie antérieure du corps de la mâchoire ; les deux fragments latéraux de cet os sont largement écartés et mobiles ; la lèvre supérieure est fendue sur la ligne médiane, depuis son bord libre jusqu'à la cloison du nez ; le lobule de ce dernier organe n'existe pas ; il y a, en outre, une plaie de deux pouces de long à la région cervicale antérieure, dans la direction des anneaux de la trachée, mais sans lésion de ce dernier organe. Toutes ces parties, lacérées et écartées les unes des autres, forment une large ouverture mâchée d'où s'écoule une grande quantité de sang et au fond de laquelle s'agite la langue chaque fois que le malade veut essayer de parler. Terras est fortement suffoqué par le sang qui se porte vers les voies aériennes. M. Thomas,

chirurgien chef interne de service, rafraîchit avec le bistouri les bords de toutes ces plaies. Deux points de suture sont appliqués à l'extrémité de la langue. D'autres points de suture affrontent les lambeaux formés par la lèvre inférieure. Deux points de suture entortillée réunissent la fente de la lèvre supérieure, et enfin cinq derniers points sont appliqués à la région cervicale antérieure. Deux bouts de sonde en gomme élastique sont introduits dans les narines, et sont fixés par un fil au bonnet du malade. Des gâteaux de charpie et une fronde complètent le pansement.

Terras paraît déjà se repentir de sa tentative. A 10 heures du soir, on lui pratique une saignée de 360 grammes, et on lui donne du tilleul pour boisson.

Le 11, la déglutition est difficile; les liquides s'échappent par la plaie du cou, dont le gonflement occasionne au malade de vives douleurs; rougeur érysipélateuse de la face. (Diète; orangeade.)

Le 12, la rougeur diminue; la réunion semble se faire très-bien partout. (Même prescription.)

Le 14, une suppuration abondante et fétide s'écoule de l'intérieur de la cavité buccale; on enlève les points de suture du cou et du menton: tout est bien réuni; les plaies commençaient à se cicatriser, lorsque, le 21 Septembre, arrivent des frissons et du délire. (Diète, décoction de quinquina.)

Le 22, l'état général est un peu plus satisfaisant qu'hier, mais la suppuration a tari. (Même prescription.)

Le 23, à 7 heures du matin, réapparition des frissons; mort dans la matinée.

### AUTOPSIE 24 HEURES APRÈS LA MORT.

*Crâne.* — Cerveau anémique, pointillé rouge.

*Thorax.* — Poumons parfaitement crépitants; les cavités droites du cœur et toutes les veines d'un fort calibre offrent des concrétions polypeuses d'un volume assez considérable.

*Abdomen.* — Trois abcès à la face inférieure du foie ; rougeur diffuse à la bifurcation de la veine porte.

Tous les os qui ont éprouvé des fractures n'offrent aucune trace de réunion ; ils sont rugueux et baignés d'un pus noirâtre.

**Plaie d'arme à feu. Fracture du maxillaire inférieur. Destruction de toutes les parties molles du cou. — Mort. — Balle logée dans le méat moyen des fosses nasales. Abcès dans le foie et le cervelet.**

Le lendemain de l'arrivée du malade dont nous venons de rapporter l'observation, on transporte à l'Hôtel-Dieu, à 8 heures du matin, le nommé Boiron, âgé de 17 ans, ouvrier opticien. Ce jeune homme avait à se plaindre de la conduite d'un proche parent à son égard : c'est ce qui le décida d'accomplir une tentative de suicide.

Le 10 Septembre 1839, il plaça sous sa région sus-hyoïdienne le canon d'un petit pistolet chargé à balle, et lâcha quatre fois la détente. Ce ne fut qu'à la cinquième que le coup partit. Boiron est de suite inondé de sang, et transporté à l'Hôtel-Dieu : il présente une destruction complète de la région sus-hyoïdienne, avec large déchirure qui s'étend aux parties latérales et inférieures des joues, d'où pendent des lambeaux de peau mâchés et frangés ; une fracture verticale du maxillaire inférieur à un pouce du côté gauche de la ligne médiane. Les muscles qui fixent la langue à cet os étant complètement détruits, celle-ci descend jusqu'au niveau du bord inférieur du maxillaire. On procède de suite au pansement.

Un fil traversant la langue la remonte en sa position naturelle et est fixé au bonnet du malade ; des points de suture réunissent autant que possible cette plaie énormément mâchée ; l'hémorrhagie continue d'une manière assez inquiétante jusqu'à 7 heures du soir. Le malade est dans un profond désespoir, et nourrit une seule idée qu'il ne cesse de manifester par écrit : c'est celle de la mort. Je possède une feuille de papier sur laquelle, un jour que je fus le visiter, il m'écrivit ces mots : « *si je guéris, je serai muet, difforme et malheureux ; autant vaut-il que je*

*meure.* » Et il accompagnait toujours cette triste correspondance de quelques larmes. On lui administre des boissons à la glace.

Le 11, face pâle, décomposée; ecchymoses sur le pourtour des cavités orbitaires, douleurs dans tout le corps, chaleur à la peau; pouls vite et un peu plus fort que la veille; continuation de l'hémorrhagie, même abattement moral : on ne touche pas à l'appareil appliqué la veille. (Même prescription.)

Le 12, on fait, à l'aide de la sonde œsophagienne, des injections de tisane d'orge; car le malade ne peut rien prendre par la voie normale. Le pouls s'est un peu relevé.

Le 14, suppuration abondante, découragement excessif, douleurs abdominales (continuation des injections). La suppuration devient de plus en plus abondante et fétide; Boiron ne peut prendre aucune espèce de nourriture, ce qui l'affecte beaucoup.

Le 20, il présente, outre les symptômes habituels, des douleurs abdominales pour lesquelles on lui applique vingt sangsues. Il désigne lui-même la région du foie comme étant la plus douloureuse. Cette application ne produit aucun soulagement, et, le 24 Septembre, Boiron cesse de vivre.

AUTOPSIE 24 HEURES APRÈS LA MORT.

Écartement complet des lambeaux que l'on avait réunis à l'aide de la suture; fracture verticale du maxillaire inférieur à côté de la canine gauche, destruction complète du plancher de la cavité buccale. Le maxillaire inférieur désarticulé laisse apercevoir une déchirure du voile du palais, et sur la ligne médiane une ouverture au maxillaire supérieur, immédiatement derrière l'arcade dentaire; cette ouverture communique avec le méat moyen des fosses nasales du côté gauche, où l'on trouve logée une balle fortement aplatie sur une de ses faces.

Les organes thoraciques sont sains.

Après avoir ouvert l'abdomen, on aperçoit sur la face convexe du foie plusieurs taches jaunes de forme arrondie : ce sont tout autant de foyers purulents. En incisant le parenchyme du foie dans tous les points

de son étendue, on rencontre de petits abcès dont le pus est encore à l'état concret. Le cerveau offre dans son hémisphère gauche une forte injection veineuse. En incisant le lobe droit du cervelet, on trouve un abcès en tout semblable à ceux du foie.

Ce n'est pas sans dessein que j'ai réuni ces trois observations, qui, quoique présentant des différences notables sous le rapport des symptômes et de la cause de la fracture, se donnent pourtant la main par les lésions anatomiques que m'a montrées l'autopsie : des abcès viscéraux.

Qu'on ne s'attende pas à trouver ici une théorie ou une explication nouvelle de cette funeste complication des lésions traumatiques. Cette question a été traitée tant de fois et par tant d'hommes justement renommés, que je me contenterai de retracer d'une manière incomplète leurs travaux, m'appuyant, quand je le pourrai, sur des faits cliniques que j'aurai pu observer.

Un chirurgien entreprend une opération, il la pratique selon toutes les règles de l'art ; son malade est dans un état physique et moral satisfaisant ; il est donc en droit d'attendre un heureux résultat. En effet, les premiers jours, tout sourit à ses vœux ; la fièvre est modérée, la suppuration de bonne nature ; tout à coup, sans cause connue, arrivent des frissons, des sueurs ; la suppuration tarit, devient fétide et de mauvaise nature ; le pouls est petit, fréquent, filiforme ; le malade accuse des douleurs à l'hypocondre droit, à la poitrine, et il succombe au milieu d'une prostration profonde ; l'autopsie fait découvrir une plus ou moins grande quantité d'abcès dans le foie ou dans les poumons, dans le cerveau ou dans la rate, les synoviales, les muscles. Ces abcès sont plus ou moins volumineux ; le pus qu'ils contiennent est tantôt liquide, tantôt à l'état concret, et possède ordinairement une odeur fétide analogue à l'odeur de celui qu'on rencontre sur la surface traumatique que présentait le malade. Dans d'autres cas, ces abcès se montrent chez des sujets qui n'ont subi aucune opération chirurgicale, mais qui sont porteurs de lésions traumatiques plus ou moins graves, comme les trois malades dont je viens de rapporter l'observation, ou bien encore chez ceux qui sont porteurs de suppurations très-abondantes et qui se suppriment brusquement. En voici un cas :

Arnaud (Urbain) entre à l'Hôtel-Dieu, porteur d'un vaste phlegmon qui occupe toute la région cervicale antérieure. Après l'ouverture de l'abcès, pratiquée par le chef interne, je puis plonger mon doigt dans le foyer, et sentir distinctement les battements de la carotide primitive. Le neuvième jour de son entrée, la suppuration cesse tout à coup, une suffocation très-forte survient, et il succombe le onzième jour. J'ai trouvé à son autopsie un vaste abcès dans le poumon gauche.

Il était tout naturel que le chirurgien qui voyait ainsi, malgré tous ses soins, périr un grand nombre de ses malades, s'efforçât de rechercher la cause de ces fréquents insuccès; qu'il voulût trouver l'espèce de rapport qui pouvait exister entre la surface traumatique et la lésion trouvée à l'autopsie. C'est dans le but d'établir une corrélation entre ces deux points séparés, qu'ont été imaginées une foule d'hypothèses dont je ne dirai que quelques mots.

Et d'abord, on a parlé de la métastase : on a dit que le pus était subitement transporté de la surface suppurante dans l'intérieur de l'organe où l'autopsie le fait découvrir. Cette théorie s'appuyait sur la diminution notable et subite du pus de la plaie, sur l'identité de ce pus et de celui qu'on trouvait dans le viscère, sur l'absence de phénomènes inflammatoires que les auteurs regardent comme pathognomoniques de l'inflammation du viscère. Il est vrai que ces symptômes manquent quelquefois, alors qu'ils sembleraient devoir inévitablement se manifester à cause de l'importance de l'organe malade. Ainsi, en faisant l'autopsie du cerveau de Boiron, je trouvai dans le cervelet un abcès assez volumineux qui n'avait dénoté pendant la vie sa présence par aucun symptôme. Dans d'autres cas, on observe, au contraire, des phénomènes inflammatoires, ou du moins ces abcès manifestent leur présence par des symptômes extérieurs, des frissons, de la chaleur ensuite, des douleurs à l'hypocondre droit quand ils doivent survenir au foie..... Le même Boiron dont je viens de parler demandait, quelques jours avant sa mort, qu'on lui mît des sangsues sur la région du foie, où il éprouvait de vives douleurs.

Vient ensuite la théorie de la résorption purulente, du transport du pus en nature, par le torrent circulatoire, dans l'organe où on le rencontre (Velpeau).

Puis M. Cruveilhier qui se demande si le pus qu'on rencontre dans les veines ne s'est pas développé dans l'intérieur même de ces tubes, et si le pus qu'on observe dans le viscère n'est pas le résultat d'une phlébite locale capillaire. Cet auteur répond à sa question en disant que ces abcès sont idiopathiques; que ce sont de gros tubercules aigus (mot impropre, je crois; car le mot tubercule imprime l'idée d'un noyau morbide antérieur, d'une cachexie), et il s'appuie en cela sur l'opinion de Morgagni et de M. Blandin.

Le mot *sympathie* a été employé aussi pour réunir la lésion viscérale et la lésion traumatique, dans le rapport de cause à effet. On a voulu expliquer à l'aide de ce mot (Bichat, Desault) la simultanéité des abcès au foie et des plaies de tête. Puis on a parlé de la filtration des humeurs à travers nos organes comme à travers une éponge, de l'endosmose et de l'exosmose.

Quesnay disait que ces dépôts étaient dus à la fièvre traumatique, fièvre qui a pour but la formation d'une plus ou moins grande quantité de pus; il se demande si le sang, avant d'arriver à la plaie, ne pourrait pas subir les mêmes modifications qui le rendront pus quand une fois il y sera arrivé ? Il pourrait se faire alors qu'un point d'irritation se changeât en foyer purulent.

M. Cruveilhier injecte du mercure dans les veines d'un chien ; il le retrouve dans le poumon ; il enfonce un bâton dans la veine crurale d'un autre chien, et, y déterminant ainsi une phlébite, substitue ainsi du pus au mercure; le pus va aussi se loger dans les différents viscères. Il conclut de là que, dans ces derniers, ces abcès sont toujours déterminés, à la suite de phlébites locales consécutives, à des phlébites de la partie qui portait la lésion traumatique.

Le peu de cas que j'ai pu observer m'a prouvé que l'on pouvait trouver ces abcès en quantité même innombrable, sans qu'il y ait la moindre trace d'inflammation dans les veines de la partie malade. M. Cruveilhier a, sans doute, voulu répondre à une pareille objection quand il a dit que, quand on ne trouvait pas de phlébite des parties molles, on devait chercher daus les os, et qu'on y trouverait la clef des abcès viscéraux : *une phlébite des veines de l'os*. C'est même par l'inflammation des veines

diploïques des os du crâne, qu'il explique la simultanéité des abcès au foie et des plaies de tête, effet qu'on avait cherché à expliquer avant lui par la *sympathie*, par une commotion du foie opérée en même temps que celle du crâne.

Romani, dont j'ai rapporté l'observation, se présente à l'Hôtel-Dieu avec la fracture comminutive que j'ai décrite. Il succombe ; je trouve à son autopsie le foie farci d'abcès ; je n'observe aucune altération des veines ; désirant pourtant trouver une lésion dans la partie blessée ou des parties voisines qui me rende compte des désordres que je rencontre, je scie l'humérus en quatre ou cinq endroits, je ne trouve rien. J'examine l'articulation huméro-cubitale, je la trouve parfaitement saine. Je suis forcé de me dire alors qu'il est des cas où ces affections viscérales ne présentent aucun rapport matériel évident avec la lésion traumatique. L'homme, d'ailleurs, serait trop heureux s'il pouvait, et surtout dans l'exercice de la médecine, trouver toujours les rapports de cause à effet.

Ce qui désoriente, pour ainsi dire, l'observateur et dément quelquefois ses recherches, c'est que, dans quelques cas où les symptômes observés pendant la vie porteraient à croire qu'il existe des abcès viscéraux, on n'en rencontre pas à l'autopsie ; tandis que, dans d'autres cas, on les rencontre chez des sujets chez qui on n'avait nullement soupçonné leur présence.

Jean Gras, âgé de 27 ans, est amputé de la cuisse, le 31 Octobre 1839, pour une tumeur blanche qu'il portait au genou gauche : on place son membre dans l'appareil à caléfaction de M. J. Guyon ; aucun accident ne survient les premiers jours ; mais, le 9 Novembre, il succombe après avoir enduré plusieurs frissons, et après une suppression brusque de la suppuration, signes qui pouvaient faire soupçonner des abcès viscéraux. Je ne trouvai, à l'autopsie, aucune lésion des viscères et des veines.

Ces abcès surviennent surtout dans les hôpitaux, et cela malgré tout le soin qu'on peut avoir des malades, qui sont souvent très-difficiles à gouverner : il en est qui, porteurs de lésions fort graves, mangent en cachette ; et je ne serais pas éloigné de croire que les écarts de régime ne soient une cause de cette affection, par l'augmentation de l'état

fébrile qu'ils peuvent procurer. L'air des salles les plus saines, les mieux aérées ne l'empêchent pas de se manifester; tandis que, d'autres fois, des blessés sont entassés dans des lieux malsains et arrivent à une parfaite guérison, porteurs de lésions traumatiques les plus graves, au milieu de privations de toute espèce. Ainsi, j'ai lu une relation que M. Roux, chirurgien-major à bord de la corvette de l'état *l'Expéditive,* écrivait à son frère, docteur en médecine à Marseille, au sujet des blessés qu'il avait eus à traiter lors des affaires du Mexique. Il dit avoir parfaitement guéri quatre amputés, un malade qui avait eu les deux condyles d'un fémur traversés par une balle, un autre qui avait eu une même blessure au tarse, et enfin un septième (Zuzierto Antonio) qui eut ses deux avant-bras traversés par la mitraille, la gorge largement coupée, et la mâchoire inférieure fracturée en quatre fragments. Eh bien! ces malades furent entassés dans de petites cabanes que les habitants du pays appellent *raouches*, et ils étaient entourés de marais qui répandaient sans cesse autour d'eux des exhalaisons infectées auxquelles M. Roux avait peine à résister.

On a essayé une infinité de moyens pour s'opposer à cette complication des blessures; c'est presque toujours sans succès. Le sulfate de quinine, opposé aux frissons, ne les arrête pas. Les antispasmodiques, les révulsifs, l'émétique à haute dose, ont le plus souvent un effet nul.

---

# QUESTIONS TIRÉES AU SORT.

## SCIENCES ACCESSOIRES.

---

*Comment reconnaître la présence de la strychnine dans la matière des vomissements ?*

La strychnine est un alcali végétal que l'on retire de la noix vomique, de la fève de S^t^-Ignace, et de l'upas tieuté.

La noix vomique est la graine du *strychnos nux vomica*, arbre qui croît à Ceylan, et que Jussieu a rangé dans la famille des apocynées.

La fève de S^t^-Ignace est la graine de l'*ignatia amara*, petit arbre des Philippines. Cette graine contient, d'après M. Orfila, trois fois autant de strychnine que la noix vomique.

Et enfin l'upas tieuté est un extrait produit par l'évaporation du suc d'un végétal sarmenteux qui croît à Java, et qui sert à empoisonner les flèches des Sauvages.

Il pourra donc y avoir de la strychnine dans la matière des vomissements, toutes les fois qu'un individu aura pris de l'upas tieuté, de la noix vomique, de la fève de S^t^-Ignace, ou tout naturellement le principe actif de ces substances séparé d'elles : la strychnine.

La noix vomique est ordinairement la substance qui est le plus employée à ce fatal usage, parce qu'on la délivre assez facilement, ou du moins plus facilement que la strychnine. Mais cette dernière étant aussi employée à des usages médicinaux, il peut y avoir erreur dans son administration, et un empoisonnement malheureux peut survenir alors que le médecin qui la prescrivait s'attendait à un effet salutaire.

La strychnine se présente sous la forme d'une poudre blanche formée de petits cristaux microscopiques qui représentent des prismes à quatre

pans. Elle est d'une saveur amère, verdit le sirop de violettes, et bleuit le papier de tournesol rougi par un acide. Si on jette de la strychnine sur des charbons ardents, elle se gonfle et laisse après la combustion une grande quantité de matière carbonique. Il faut, d'après M. Orfila, 6667 parties d'eau à 10° pour en dissoudre une de strychnine. L'eau bouillante a un peu plus de pouvoir sur elle. Elle se dissout dans l'alcool et les huiles chaudes. Quand on la met en contact avec des acides convenablement affaiblis, elle forme des sels qui sont assez solubles dans l'eau. L'ammoniaque et la teinture de noix de galles y forment des précipités blancs solubles dans l'alcool. Quand on la combine avec les acides iodique et nitrique, elle forme de l'iodate et du nitrate de strychnine.

Qu'il s'agisse donc de trouver, dans la matière des vomissements, de la strychnine introduite dans cet organe par le moyen de la noix vomique, voici quel est le procédé que M. Orfila préconise dans son traité de médecine légale, procédé qui lui a réussi dans deux ou trois circonstances différentes.

On fera bouillir pendant huit ou dix minutes la matière du vomissement avec de l'eau acidulée par de l'acide sulfurique ; alors il se formera du sulfate de strychinine et du sulfate de brucine qui est aussi un principe contenu dans les plantes du genre strychnos. On fera évaporer la liqueur, et on la traitera par de la chaux pulvérisée ; dès lors, il se formera du sulfate de chaux, du sulfate de strychnine et du sulfate de brucine. On lavera le précipité et on le desséchera. Une fois desséché, on le fera bouillir dans de l'alcool à 38°. Pendant cette opération, la strychnine soluble dans l'alcool bouillant se dissoudra, et il ne restera que le sulfate de chaux et l'excès de chaux. On répète deux ou trois fois cette opération, et quand une fois le liquide a la consistance d'un sirop clair, on le délaye dans l'alcool froid, et il se formera un précipité d'un blanc mat sale qui est composé de strychnine. On le lave jusqu'à ce que toute la matière colorante ait disparu, et on le traite enfin par l'alcool bouillant qui, en se refroidissant, précipite la strychnine au fond du vase.

# SCIENCES MÉDICALES.

—

## *De l'infanticide déterminé par l'acupuncture.*

Si on jette un coup d'œil sur les traités de médecine légale et sur la statistique des tribunaux, on est frappé du grand nombre de moyens que la perversité humaine a employés et emploie chaque jour pour priver de la vie des êtres sans défense, dans la crainte de voir affichée la dépravation de ses mœurs.

On trouve, en effet, des exemples d'enfants asphyxiés par strangulation, par submersion, par introduction dans les voies aériennes de corps étrangers; on en voit à qui l'on tord la tête sur le cou; d'autres hachés, coupés en morceaux; d'autres broyés au sortir du sein de leur mère, par cette mère elle-même : on a trouvé des enfants avec des brins de paille, de plumes dans les fosses nasales; des matières fécales, de la boue dans la bouche; d'autres à qui on avait renversé la langue sur l'épiglotte pour lui faire remplir l'office d'un corps étranger obturant les voies aériennes, etc.... En un mot, c'est en s'occupant de l'infanticide qu'on peut voir dans tout son jour le raffinement du crime.

Cependant les criminels se sont bien vite aperçus que la main de la justice les atteignait toujours, que leur mode de tuer était pour ainsi dire trop grossier, et que les connaissances de la médecine parvenaient toujours à découvrir la vérité, malgré le voile sous lequel ils essayaient de la cacher.

Ils ont dû dès lors naturellement chercher un moyen à l'aide duquel ils pourraient tromper à la fois et la vigilance de la justice, et l'œil scrutateur du médecin. C'est bien sûr dans cette idée qu'a agi celui qui le premier plongea dans les organes d'un frêle enfant une aiguille ou un instrument piquant très-acéré, qui ne laisse que peu de traces à l'extérieur tout en commettant des désordres mortels à l'intérieur. La

*scélératesse est ingénieuse*, dit Belloc, dans son traité de médecine légale.

On entend par infanticide par acupuncture, le meurtre d'un enfant à l'aide d'aiguilles ou de corps plus ou moins acérés et plongés dans un des organes les plus nécessaires à la vie : le cerveau, le cœur, etc. On trouve, dans des temps assez reculés, des cas d'infanticide par acupuncture, que Fodéré appelle *une manière horrible et ancienne.*

C'est ordinairement les narines, les oreilles, les tempes, les sutures, les fontanelles, l'intervalle qui sépare les vertèbres cervicales, la région précordiale, le rectum chez l'homme, et la vulve chez la jeune fille, qui sont les points d'élection par lesquels sont enfoncés les corps piquants.

Quand ils sont enfoncés par les narines, les sutures, les fontanelles, les tempes, ils vont trouver le cerveau, et le déchirent dans une étendue plus ou moins considérable. Quant ils passent entre les vertèbres cervicales, ils s'adressent à la moelle épinière. Quand ils entrent par la région précordiale, ils atteignent le cœur ou les gros vaisseaux. Par le rectum ou la vulve, ils vont blesser le tube intestinal ou la vessie, ou, enfin, de gros vaisseaux : dans tous les cas, la mort arrive bientôt.

M. Orfila a observé que la mort était plus rapide quand le cervelet ou la moelle étaient lésés, quand c'était la base du cerveau, et, enfin, que l'effet était plus rapide par les blessures de la base, que par celles des parties latérales du même organe.

Les aiguilles peuvent s'adresser aussi aux principaux vaisseaux artériels, en dehors des cavités splanchniques, et M. Fodéré s'exprime, à ce sujet, en ces termes : « Malgré que le système sensitif soit, selon ma manière » de voir, le véritable animal dans un autre animal, je pense que les » blessures qui rompent ces gros vaisseaux contenus dans une des grandes » cavités du corps : la tête, la poitrine et le bas-ventre, le tronc de » l'aorte et de la veine cave, puis les artères sous-clavières et les carotides, sont le plus immédiatement et le plus irrévocablement mortelles. »

Guy-Patin cite le fait d'une accoucheuse qui fut pendue à Paris, et qui tuait un grand nombre d'enfants en leur enfonçant une aiguille dans

le cerveau, par les sutures ou les fontanelles, à mesure que leur tête franchissait le détroit inférieur du bassin.

On trouve, dans les causes célèbres, l'histoire d'une femme qui commettait un très-grand nombre d'infanticides par l'acupuncture pratiquée dans la moelle épinière, afin, disait-elle, *de peupler le ciel le plus qu'elle pouvait.*

Les instruments qui pénètrent dans l'abdomen et le thorax par les parois de ces cavités, laissent au dehors, petite ou grande, une trace qui peut faire reconnaître le crime; mais il n'en est pas de même lorsqu'ils sont introduits par des ouvertures naturelles : le rectum et la vulve. Dans tous ces cas, ils agissent en provoquant des ruptures de viscères ou de vaisseaux, et par conséquent des épanchements ou des hémorrhagies funestes.

En conséquence, le praticien qui sera appelé à faire l'autopsie juridique d'un fœtus, devra apporter la plus scrupuleuse attention dans l'examen de tous ses organes, surtout s'il ne découvre pas après un premier examen les traces évidentes du crime. Il dirigera surtout ses recherches vers la tête, qu'il aura préalablement rasée, et tiendra compte de la moindre piqûre, de la moindre ecchymose qu'il poursuivra le plus loin possible pour voir si elle ne conduirait pas à une lésion interne mortelle. Belloc cite le cas d'un enfant qui fut trouvé sous un tas de pierres; il présentait une petite plaie sur la fontanelle antérieure : on en suivit la trace jusque dans le crâne, et on reconnut qu'un instrument piquant s'était introduit de deux pouces dans la substance cérébrale qui était déchirée; il y avait aussi un épanchement de sang considérable dans ce ventricule latéral gauche.

Il faudra aussi apporter la même attention pour les moindres plaies qui se montreraient à la surface du cou, du thorax et de l'abdomen; et si, en l'absence apparente de ces dernières, on trouvait à l'intérieur quelque lésion qui parût produite par l'acupuncture, il faudrait suivre la trace du dedans en dehors, et voir si elle ne mènerait pas au point d'introduction de quelque corps étranger resté jusque-là inaperçu.

# ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

*Déterminer si le placenta peut se former ailleurs que dans l'utérus, et s'il peut s'implanter sur d'autres organes que sur la face interne de l'utérus.*

Si le fœtus peut se développer hors de la cavité de l'utérus, s'il y a, en un mot, des grossesses extra-utérines, si le fœtus peut vivre dans cette position anormale, il doit y avoir nécessairement d'autres points d'insertion du placenta que la face interne de l'utérus : or, il existe des grossesses tubaire, ovarique, ventrale et vaginale.

On a trouvé un fœtus dans l'abdomen sans kyste, sans autre enveloppe que la séreuse péritonéale ; il n'y avait que quelques filaments vasculaires injectés, faisant un placenta vasculeux et membraneux.

On a trouvé ces faisceaux mélangés à un amas de substance spongieuse en tout semblable à celle qui caractérise le placenta humain inséré sur l'ovaire et le ligament large (Lallemand).

On en a trouvé sur presque tous les viscères abdominaux, sur le mésentère, le colon, l'estomac, dans la fosse iliaque, sur le sacrum.

Patuna parle d'un fœtus renfermé dans la trompe, tandis que son placenta était contenu dans la cavité de l'utérus.

# SCIENCES CHIRURGICALES.

---

*Des douleurs ostéocopes.*

Le virus syphilitique, dit Lagneau (dans son traité des maladies vénériennes), après avoir séjourné plus ou moins long-temps dans l'économie animale, annonce sa présence en attaquant les os, qui deviennent le siége de douleurs et d'une tuméfaction plus ou moins considérable.

Les douleurs ostéocopes ont ce caractère qui les fait surtout remarquer : c'est qu'elles sévissent avec plus de force vers la fin du jour et la première moitié de la nuit; cependant il pourrait arriver qu'on les confondît avec des douleurs rhumatismales, sciatiques, nerveuses, arthritiques. Il y a pourtant un jalon assez distinct qui peut servir à mettre le praticien sur la voie de la vérité; le voici : les douleurs ostéocopes augmentent ordinairement par la chaleur, par le séjour au lit, et l'on a vu des malades en sortir comme des furieux pour chercher du refroidissement, pour ainsi dire, à quelque prix que ce soit. Swediaur parle d'une migraine ou céphalalgie syphilitique qui est produite par ce virus qui irrite les membranes du cerveau, ou par la carie et des exostoses syphilitiques qui, comprimant et irritant cet organe, produisent des manies, des épilepsies terribles. On soulage le malade, dit-il, en le faisant coucher par terre sur des crins, sans couvrir sa tête, et évitant de chauffer le corps pendant le sommeil.

Les douleurs rhumatismales, arthritiques, sciatiques, étant le plus souvent produites par un refroidissement, éprouvent ordinairement du soulagement à la suite d'une augmentation de calorique : le contraire se manifeste cependant dans quelques cas, mais c'est dans la grande minorité. Les douleurs arthritiques sont presque toujours accompagnées de gonflement articulaire avec épanchement dans l'articulation malade; elles marchent de front avec un état pléthorique général, si elles sont

aiguës, et portent ordinairement leur influence sur le cœur quand elles sont chroniques, ce qui pourrait les faire distinguer assez bien, je crois, des douleurs ostéocopes. Enfin, le praticien, consulté pour l'affection qui nous occupe, devra examiner avec beaucoup de soin si le malade ne présente pas d'autres symptômes syphilitiques bien caractéristiques, des chancres anciens, des ulcérations à la gorge, des pustules, des exostoses, ou bien, en l'absence de ces signes en ce moment présent, s'informer avec soin s'ils n'ont jamais existé.

« Une femme souffrait, depuis dix-huit mois, de douleurs violentes dans les membres supérieurs, dans les articulations des épaules, dans les vertèbres cervicales, dorsales, dans les deux genoux ; elle ne pouvait pas marcher et travaillait à peine à l'aiguille. Jusqu'à ce jour, on avait pris ces symptômes pour une affection rhumatismale, et on avait en vain usé sur elle toutes les ressources de la thérapeutique. Elle apprend un jour à Lagneau, qui la visite, que, pendant les six premiers mois de son mariage, elle a été atteinte, aux parties génitales, d'un mal dont elle ne sait pas qualifier la nature. Elle est mise à un traitement antisyphilitique approprié, et, dans quatre mois, elle est débarrassée de tous ses maux.

Les douleurs ostéocopes affectent le plus souvent les os des membres, tant leur continuité que leurs extrémités articulaires, les os de la poitrine et du crâne ; elles peuvent se déplacer, surtout lorsqu'elles siégent dans cette dernière région. D'autres fois on les a vues se porter de leur siége primitif sur les parties molles, sur une glande, par exemple. Swediaur rapporte le cas d'un malade qui souffrait d'une violente douleur ostéocope au sternum : cette douleur se supprima subitement, et aussitôt il fut pris d'un bubon inguinal qui dut sa guérison à de nombreuses frictions mercurielles.

Le siége de ces douleurs paraît être la membrane médullaire des os longs ou leur périoste ; alors elles sont plus fortes et augmentent surtout par la pression : il semble, dit Ricord, que la force des douleurs est produite, dans ce cas, par la résistance qu'opposent à la tension le périoste et la membrane médullaire. Elles siégent encore dans le diploë des os du crâne, la substance spongieuse du sternum, des os plats, tels

que l'omoplate et les os du bassin. Dans tous les cas, ces douleurs sont presque toujours l'indice d'une altération plus ou moins avancée dans l'os. D'après Swediaur, toutes les douleurs violentes et fixes dans un même endroit indiquent souvent que l'os au-dessous est affecté, quoiqu'il ne paraisse aucune tumeur à l'extérieur.

Quant à la marche des douleurs, je l'ai presque déjà indiquée plus haut : elles laissent le malade tranquille dans la journée, et commencent à se faire sentir au coucher du soleil pour continuer toujours avec plus d'acuité jusqu'au milieu de la nuit, et quelquefois jusqu'au matin où le sommeil arrive. Leur nature est térébrante.

On a dit que les douleurs ostéocopes pouvaient être produites par l'abus ou même l'usage thérapeutique sage du mercure. On a prétendu que ce métal s'arrêtait dans les os, et les annales de médecine parlent d'un individu à l'autopsie duquel on trouva des globules de mercure réunis dans diverses parties du corps. A cela MM. Trousseau et Pidoux répondent qu'on n'observe jamais les douleurs ostéocopes chez les ouvriers qui travaillent aux préparations mercurielles, et que l'erreur a pu être commise par la confusion du rhumatisme avec les douleurs qui nous occupent, et je crois que leur opinion est parfaitement fondée.

Il peut se faire cependant qu'un individu soit atteint à la fois de douleurs ostéocopes et de rhumatisme articulaire : un soldat, par exemple, qui couche au bivouac, et qui peut joindre à une syphilis constitutionnelle un refroidissement; un tisserand qui travaille presque toujours dans un endroit humide. Alors le diagnostic pourra être un peu plus complexe ; mais on le simplifiera facilement par l'examen de la profession du sujet et l'existence antérieure des symptômes syphilitiques.

Le traitement ordinairement suivi dans ces affections syphilitiques est celui qui doit être employé dans les douleurs ostéocopes. On a observé que les sudorifiques, donnés sous forme de robs ou de sirops, produisent, dans ce cas, un effet plus heureux que lorsqu'on les administre sous la forme ordinaire.

Si les douleurs sont très-fortes, on peut avoir recours à l'opium; mais on conçoit facilement qu'il n'agira que comme palliatif, et n'attaquera

nullement le virus syphilitique, cause première contre laquelle devront être dirigés tous les efforts du traitement.

Puis viennent les topiques, les cataplasmes laudanisés, les sangsues, les douches de Barèges, les fumigations de cinabre, les applications de compresses trempées dans une solution de sublimé, dans l'eau phagédénique, le vésicatoire volant ou entretenu plus ou moins long-temps.

« On peut voir à ma clinique, dit M. Ricord, des malades qui, depuis » six mois et plus, n'avaient pu obtenir un seul instant de soulagement, » et qui ont été débarrassés par ce moyen de leurs souffrances, en vingt- » quatre ou quarante-huit heures, lorsque déjà il n'y avait pas d'alté- » ration profonde des tissus. »

Enfin, quelquefois, quand il y a une collection de pus dans l'intérieur de l'os, on est obligé d'aller la chercher avec le trépan, la gouge et le maillet.

FIN.

# FACULTÉ DE MÉDECINE

## DE MONTPELLIER.

### *PROFESSEURS.*

| | |
|---|---|
| MM. CAIZERGUES ❋, Doyen. | *Clinique médicale.* |
| BROUSSONNET ❋ ✠, Suppl. | *Clinique médicale.* |
| LORDAT ❋. | *Physiologie.* |
| DELILE ❋. | *Botanique.* |
| LALLEMAND ❋. | *Clinique chirurgicale.* |
| DUPORTAL ❋. | *Chimie médicale et Pharmacie.* |
| DUBRUEIL O. ❋. | *Anatomie.* |
| DELMAS ❋, Présid. | *Accouchements.* |
| GOLFIN. | *Thérapeutique et Matière médicale.* |
| RIBES. | *Hygiène.* |
| RECH ❋. | *Pathologie médicale.* |
| SERRE. | *Clinique chirurgicale.* |
| BÉRARD ❋, Exam. | *Chimie générale et Toxicologie.* |
| RENÉ. | *Médecine légale.* |
| RISUENO D'AMADOR ✠. | *Pathologie et Thérapeutique générales.* |
| ESTOR. | *Opérations et Appareils.* |
| BOUISSON. | *Pathologie externe.* |

*Professeur honoraire.* M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE ❋.

### *AGRÉGÉS EN EXERCICE.*

MM. VIGUIER, Suppl.
BERTIN.
BATIGNE.
BERTRAND, Exam.
DELMAS Fils.
VAILHÉ.
BROUSSONNET Fils.
TOUCHY, Exam.

MM. JAUMES.
POUJOL.
TRINQUIER.
LESCELLIÈRE-LAFOSSE.
FRANC.
JALAGUIER.
BORIES.